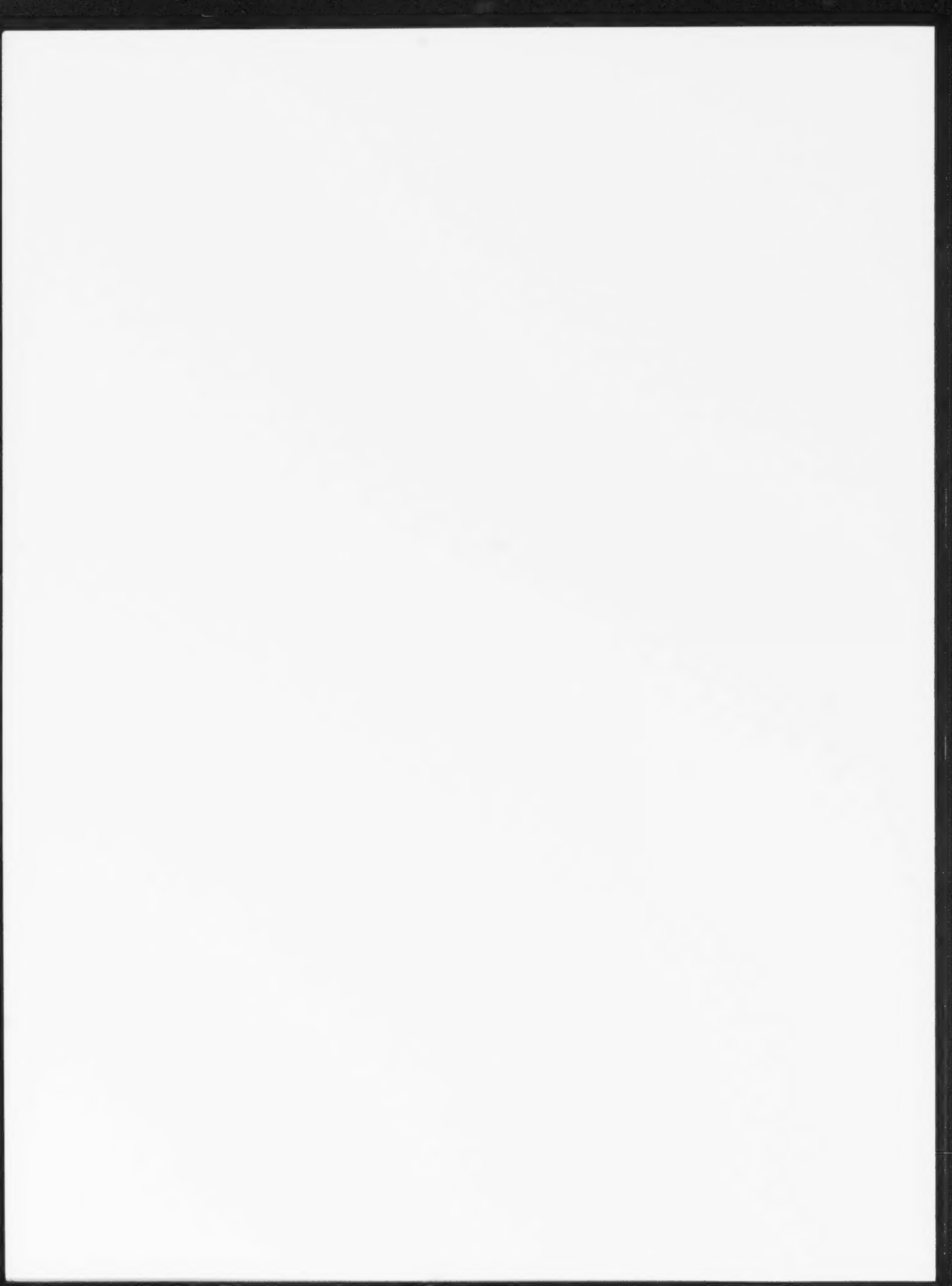


# Cancer Care Ontario

Annual Report |  $\frac{09}{10}$



**1 LETTER FROM THE PRESIDENT AND THE CHAIRMAN OF CANCER CARE ONTARIO**

**2 ABOUT CANCER CARE ONTARIO**

**3 THE ONTARIO CANCER PLAN**

**4 2009/10 – HIGHLIGHTS AND ACHIEVEMENTS**

**A CANCER SERVICES**

**Prevention and Screening**

- ColonCancerCheck
- Ontario Breast Cancer Screening Program
- Integrated Cancer Screening Program
- Molecular Oncology

**Diagnosis**

- Diagnostic Assessment Programs
- Stage/Path

**Treatment**

- Cancer Surgery
- Disease Pathway Management
- Clinical Specialist Radiation Therapist
- Intensity Modulated Radiation Treatment
- Regional Systemic Treatment Program
- Multi-Disciplinary Cancer Conferences
- Enhancing the New Drug Funding Program
- Ontario Cancer Symposium Management Collaborative

**Research**

- Research Chairs Program
- The Ontario Health Study
- Occupational Cancer Research Centre

#### **Infrastructure**

- Capital projects
- CyberKnife Robotic Radiosurgery
- Program Training Consultation Centre

### **B ACCESS TO CARE**

#### **Access to Care Strategy**

- Wait Times Information Program (WTIP)
- Surgical Efficiency Targets Program (SETP)
- Emergency Room/Alternative Level of Care (ER/ALC) Information Strategy
- Wait Time Information System for Alternate Level of Care
  - Emergency Room – Community Care Access Centre Notification Project
  - ED Information Program / ER National Ambulatory Care Reporting System Initiative
- Alternate Level of Care Resource Matching and Referral Project

### **C ONTARIO RENAL NETWORK**

- Provincial Program Management
- Regional Program Management
- Performance Measurement and Management
- Information Technology
- Communications and Stakeholder Relations

### **5 HUMAN RESOURCES**


### **6 FINANCIAL REPORTS**

### **7 APPENDICES**

Board of Directors  
Executive Leadership  
Clinical Leadership  
Provincial Leadership  
ORN Leadership  
List of any directives issued by Minister

It is important to Cancer Care Ontario (CCO) that all Ontarians with disabilities can access the services and info we provide. To receive this information in another format, contact CCO Public Affairs:

**P:** (416) 971-9800 **TTY:** 1 (800) 855-0511 **E:** [publicaffairs@cancercare.on.ca](mailto:publicaffairs@cancercare.on.ca)



On behalf of Cancer Care Ontario (CCO), we are pleased to submit our 2009/10 Annual Report.

Cancer Care Ontario, like all public agencies, is feeling the challenges of the economic downturn. We are responding with necessary adjustments. We remain committed to our mission, and are pleased with the progress that we have made in 2009-10.

Cancer does not care about economic downturns. It is unmoved by fiscal restraints. It is impervious to public controversy. And it does not yield to organizational retrenchment.

Cancer continues to deeply affect the lives of every Ontarian, and we at Cancer Care Ontario remain steadfast in our efforts to improve cancer research, screening and prevention, detection, and treatment.

Even in the face of global economic and social disruption, Cancer Care Ontario achieved tremendous advancements in 2009/10. Key highlights include:

- Launching three pilot sites for the **Ontario Health Study**, a large, long-term research project involving 150,000 participants across the province. It is a "living laboratory," enabling us to carefully and systematically track the many factors that influence the development of cancer and other chronic diseases;
- Formalizing CCO's management of the **Ontario Renal Network**, leading to the development of provincial infrastructure to manage and treat kidney disease – which, like cancer, is devastating to families across Ontario. In our first year, we made great strides in bringing the community together, undertaking a complete assessment of provincial capacity, beginning the automation of data capture and launching the first elements of the Renal Plan by establishing key indicators and quality measures;
- Success in supporting **Ontario's Wait Time Strategy**, as Ontario emerged as a leading province in Canada in reducing wait times in all targeted disciplines;
- Executing pilot projects in **Disease Pathway Management**, to provide in-depth examination of the cancer journey from prevention to palliative and recovery in specific disease areas such as colorectal and lung cancer;
- Providing the first year of incremental **funding for chemotherapy** in every program in Ontario;
- Expanding systematic cancer symptom screening and management through and beyond Ontario's Cancer Centres;
- Opening the **Occupational Cancer Research Centre**, the first of its kind in Canada, to enhance our understanding of occupation-related cancers and develop new strategies to improve workplace health;
- Launching Ontario's first-ever strategic **Provincial Plan for Regional Systemic Treatment Program**, to better address human resources, funding models and standards; and

- Taking important steps forward in engaging **primary care** in the cancer continuum, recognizing that early screening, detection, and preventive health start with family doctors and other primary care providers.

These accomplishments are examples of tangible progress, firmly establishing Cancer Care Ontario as a multi-service agency, built on a solid platform and achieving measurable improvement in each area.

Most importantly, we have deepened our expertise and aligned information management in our three distinct lines of business – Cancer, Access to Care and the Ontario Renal Network. Moving forward, our aim is to add a fourth key focus: Internal Business Excellence, establishing and sharing high-quality operational practices that contribute directly to organizational goals.

Across all of our lines of business, our aim will be to sharpen our focus on personalized medicine, with continuing emphasis on always improving the patient experience.

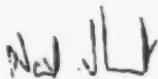
Looking ahead, we are now re-tooling for our next four-year window, as we develop the new Ontario Cancer Plan – “OCP III” – for 2011-2015.

OCP I (2005-2008) focused on building capacity for the system– the “nuts and bolts” of how people, information and machines intersect to provide cancer care. OCP II (2008-2011), which is nearing its conclusion, centred on infostructure and infrastructure and improving the quality of care – transforming screening, diagnosis and treatment through the trajectory of the care continuum. Now, we are preparing for OCP III, which will revolve around the patient – managing and improving the patient experience at every step of the journey.

Cancer Care Ontario is well positioned as we move toward this next chapter. We have a strong foundation, and are poised to push further as we continue the transformation of cancer prevention and treatment across the province. We have strengthened our internal business process to support these efforts.

Far from being daunted by the challenges of the past year, our resolve has strengthened. Indeed, our plan is to be even more aggressive as we move forward. Cancer care is too high a priority for us to be reticent or sluggish.

Thanks to the dedication and perseverance of the Cancer Care Ontario team and our partners, 2009/10 was a year of accomplishment. We look forward to building on this momentum, and this promise, in the years ahead.



**Neil Stuart**

*Chairman of the Board, Cancer Care Ontario*



**Terrence Sullivan**

*President and CEO, Cancer Care Ontario*

## ABOUT CANCER CARE ONTARIO

Cancer Care Ontario (CCO) works to improve cancer control and ensure patients receive better care every step of the way. CCO's mission is to improve the performance of the cancer system by driving quality, accountability and innovation in all cancer-related services. The agency's vision is to work together to create the best cancer system in the world.

As the provincial agency responsible for continually improving cancer services, and the government's cancer advisor, CCO:

- Directs and oversees more than \$700 million in funding for hospitals and other cancer care providers to deliver high quality, timely cancer services and to improve access to care;
- Implements provincial cancer prevention and screening programs designed to reduce cancer risks and raise screening participation rates;
- Works with cancer care professionals and organizations to develop and implement quality improvements and standards;
- Uses electronic information and technology to support health professionals and patient self care and to continually improve the safety, quality, efficiency, accessibility and accountability of cancer services;
- Plans cancer services to meet current and future patient needs, and works with health care providers in every Local Health Integration Network to continually improve cancer care for the people they serve; and
- Rapidly transfers new research into improvements and innovations in clinical practice and cancer service delivery.

Cancer Care Ontario's operations and activities are guided by the following principles: transparency, equity, evidence-based, performance oriented, active engagement and value for money.

Formally launched and funded by the provincial government in 1997, CCO is governed by legislation called The Cancer Act. As an operational service agency of government, CCO is accountable to the Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC). The details of this relationship with the Ministry are laid out in a formal Memorandum of Understanding (MOU) that was signed in December 2009.

### MULTI-SERVICE AGENCY

In addition to cancer, CCO has other core lines of business including supporting and hosting the provincial Access to Care (ATC – the Government of Ontario's Wait Times Information Strategy). In addition, we have worked with renal leadership in Ontario to launch the newly formed Ontario Renal Network (ORN), as well as special access programs such as Positron Emission Topography (PET) for uninsured indications. These activities are mandated through separate accountability agreements between CCO and the Ministry.

# THE ONTARIO CANCER PLAN

The Ontario Cancer Plan (OCP) is the roadmap for how Cancer Care Ontario, health professionals and organizations, cancer experts and the government are working together to curb cancer while improving the quality of care for current and future patients.

Since 2005, CCO has laid out a multi-year cancer plan. The first covered the years 2005-2008. We are currently nearing the end of the second plan, 2008-2011, and are building on our progress as we prepare to launch the third for 2011-2015.

## SIX KEY GOALS

Goal

1:

Goal

2:

Goal

3:

Goal

4:

Goal

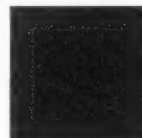
5:

Goal

6:


Each goal is supported by initiatives building toward Cancer Care Ontario's overall ambition of creating the best cancer system in the world. **Four key initiatives** are central to achieving the plan:

1. Transform how we screen for cancer
2. Streamline and speed up cancer diagnosis
3. Continue to develop Regional Cancer Programs to deliver consistently high-quality services across the province
4. Prepare our services to respond to and make best use of the discoveries in molecular oncology.



# 2009/10 - HIGHLIGHTS AND ACHIEVEMENTS

## TRANSFORMATION AGENDA



Cancer Care Ontario has been actively engaged in and supportive of the Ministry of Health and Long-Term Care's health transformation agenda to improve integrated service planning and delivery. Building on work from previous years, in 2009/10 CCO successfully advanced regionalized cancer programs in all 14 Local Integrated Health Networks (LHINs) across the province.

CCO has also been instrumental in supporting the Ministry's Wait Time Strategy (WTS), and made key organizational changes to better serve the needs of the system. Structures and resources, including information management and technology equipment and processes, have been dedicated towards enhanced system planning, regional cancer planning and performance management.

Working with practice leaders in a range of specialty areas under the Ministry's Access To Care efforts, we have worked with our partners to design, deploy, capture and report on how Ontario is doing through the Wait Times Information System. The WTIS is Canada's first provincial system to capture accurate wait time data in near real-time, giving Ontario a way to monitor, measure, manage and publicly report on wait time data which now includes all adult and pediatric surgeries.

## QUALITY AGENDA

CCO has created a system in which clinical accountability for cancer control decisions is integrated with administrative accountability for performance, quality and cost control, and public accountability for performance. CCO has furthered the quality agenda across the province for cancer services through the development, implementation and management of evidence-based standards and guidelines to improve clinical quality in the priority programs.

## BUSINESS PROCESS IMPROVEMENTS

During the year, Cancer Care Ontario launched a comprehensive review of its business processes.

This review was focused on making CCO significantly more flexible, responsive, and effective for clients, employees, and other stakeholders in seven key business areas – Human Resources, Procurement, Finance and Administration, Information Technology, Audit, and Performance Management. All of this is done in the spirit of greater public accountability and value for money.

This is being conducted in stages. The first, completed at the end of July 2010, saw the documenting, mapping, and initial redesign of specific areas identified in the 2009 external audit of CCO's business processes. Subsequent stages will tackle remaining processes and policies and focus on new or enhanced electronic systems to continually improve CCO's costs, quality, service, and speed.

*Following are highlights of Cancer Care Ontario's work in each of our three core lines of business: Cancer Services, Access to Care and the Ontario Renal Network.*

## A. CANCER SERVICES

### PREVENTION AND SCREENING

Cancer Care Ontario has developed an organizational structure that will support integrated cancer screening across all of its programs through regional service delivery and primary care and clinical engagement. This will enable efficiencies and synergies to be leveraged across all CCO screening programs, resulting in prevention and earlier detection of breast, cervical and colorectal cancers.

Significant progress was made in the past fiscal year toward reaching targeted screening outcomes by 2010, including mammography screening of 70 per cent of Ontario women aged 50 to 69 years old, cervical screening of 76 per cent of eligible Ontarians, and colorectal screening of 40 per cent of eligible Ontarians.

#### COLONCANCERCHECK

Launched in January 2007, ColonCancerCheck (CCC) is a partnership between CCO and the Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC). It aims to reduce mortality from colorectal cancer by 15 per cent within ten years through an organized screening program, and improve the capacity of primary care to participate in comprehensive colorectal cancer screening.

As the five-year program reaches its half-way point, advancements in the past year included deployment of the first phase of ColonCancerCheck's technology solution, InScreen. This operating system provides the functionality for identification of screening-eligible individuals, invitation to screening, notification of screening results, attachment of unattached patients to accepting primary care providers, and recalls and reminders for screening on a population-wide scale.

Specific accomplishments in 2009/10 included:

- Contracting with 63 hospitals and allocating funding for more than 24,000 additional colonoscopies;
- Sending over 400,000 correspondence items, such as result letters, to participants;
- Adding more than 300 physicians to the provider registry, a directory of physicians willing to provide follow-up care for unattached participants with a positive Faecal Occult Blood Test (FOBT);

- Boosting provider awareness by partnering with the Ontario College of Family Physicians (OCFP) to deliver an accredited primary care provider education program, and participating in eight provider trade shows, to increase awareness about colorectal cancer screening and to promote participation in the CCC program;
- Launching the Primary Care Invitation Pilot, which included engagement of more than 100 physicians and mailing approximately 14,000 invitations generated by InScreen directly to patients, inviting them to make an appointment to speak with their physician about colorectal cancer screening; and
- Through InScreen, providing participating pilot physicians with customized, action oriented reports summarizing their personal screening activity.

In addition, CCO undertook numerous provider education and regional engagement activities to help support and advance the goals of the program.

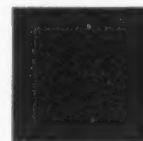
#### ONTARIO BREAST CANCER SCREENING PROGRAM (OBSP)

Breast cancer is the most frequently diagnosed cancer in Ontario women and is second only to lung cancer for cancer deaths. Early detection through organized breast cancer screening combined with effective treatment remains the best tool currently available to reduce breast cancer deaths.

Organized breast screening was introduced by the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care in 1990 and is operated through Cancer Care Ontario as the Ontario Breast Screening Program.

The Ontario Breast Screening Program has a goal of reducing mortality from breast cancer by 30 per cent, to be achieved through 70 per cent participation of the target population (woman aged 50 – 69) in this organized screening initiative.

Increasing participation in breast screening was a key priority for the OBSP in 2009/10. To raise awareness and encourage participation, Cancer Care Ontario's successful promotional activities included the *One Millionth Woman Screened* campaign; developing a regional resource/media kit to support *Breast Cancer Awareness Month* in October; partnering with the Canadian Cancer Society to distribute 'Thing-a-ma-boob' educational items to clients in Greater Toronto Area

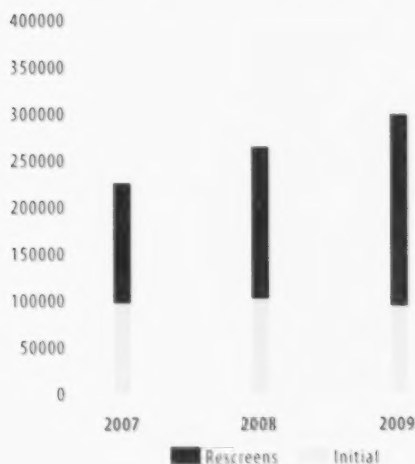


sites with the lowest OBSP participation rates; and participating in health care provider trade shows. Other initiatives included developing new materials to reach target audiences.

As a measure of progress in this area, the volume of breast screening visits continues to grow. This is in part due to the increasing population of women in the eligible age group (which is rising by about 50 thousand per year), but also owes to awareness and education initiatives, particularly in under-served populations. Retention of women in regular screening is also a factor, with data showing that 83 per cent of clients return for their recommended two year screen.

There are currently 30 multi-disciplinary breast assessment centres as part of the OBSP. In the first nine months of 2009/10, they completed 11,616 assessments for women with an abnormal screening result. This is a 42 per cent increase over assessments completed in the first nine months of 2007/08.

Number of OBSP screens, 2007-2009, women 50-69 years of age



#### ONTARIO BREAST SCREENING PROGRAM

##### Number of women screened for breast cancer through the OBSP, 2009/10

Total volume: 468,486

##### Number of mammography facilities affiliated with the OBSP

As of March 31, 2010, there were 151 Breast Screening facilities affiliated with the OBSP.

##### Number of breast assessment sites affiliated with the OBSP

As of March 31, 2010, there were 30 Breast Assessment Affiliates with the OBSP.

The number of screens CCO reported to the Ministry for 2009/10 was 468,486.

#### INTEGRATED CANCER SCREENING PROGRAM (ICSP)

Cancer Care Ontario is committed to working with its partners to transform cancer screening in Ontario by creating one high-quality and organized program for breast, cervical and colorectal cancers, resulting in earlier prevention and detection of these cancers.

Building on the Government of Ontario's commitment to improving cancer screening, in partnership with the provincial government and the active support of provider, public health and patient organizations, CCO is building an integrated, organized screening program by bringing together the best aspects of current screening efforts, applying proven strategies used to improve cancer treatment wait times and quality in Ontario, and adopting practices from jurisdictions with high cancer screening rates.

Activities in 2009/10 focused on designing and developing the Integrated Cancer Screening Program, to increase participation, build regional capacity, and optimize efficiencies. Activities initiated include establishing governance structures and working groups to support the ICSP, developing Accountability Agreements, creating a three-year implementation plan, and establishing key performance measures and the associated reporting.

#### MOLECULAR ONCOLOGY

Personalized medicine is a burgeoning field that is poised to fundamentally change how cancer is diagnosed and treated. Cancer Care Ontario's first area of focus in this area was molecular oncology, the science of using information about a person's genetic composition to predict cancer and its prognosis, and to diagnose, monitor and select cancer treatments most likely to be of benefit to the individual patient.

In January 2009, CCO published the report of the Molecular Oncology Task Force, which was convened to provide recommendations aimed at ensuring access to high quality molecular oncology laboratory testing and related clinical services, such as counseling. The report

provided recommendations aimed at positioning the Ontario system to meet the demands for these services, ensure quality and safety for patients, and to be prepared to capitalize on this rapidly advancing field of knowledge. Cancer Care Ontario is assessing and implementing these recommendations, as well as participating in the Ministry of Health and Long-Term Care's provincial genetics strategy.

In 2009/10, CCO established a provincial advisory committee on molecular oncology services. The Committee will share information and provide leadership, advice and input into strategies which will strengthen molecular oncology services in Ontario, including the areas of laboratory medicine, clinical cancer genetic services, and research. In addition, it will also liaise with the relevant bodies created as part of the Government's genetic strategy and ensure that oncology issues are addressed at the Provincial level.

## DIAGNOSIS

The initial thrust of the Ontario Wait Times Strategy focused on improving access to treatment. In order to truly improve access, Cancer Care Ontario had identified a need to focus on the patient's point of entry into the system.

The interval from onset of symptoms to diagnosis is a complex and important phase of cancer care. It is characterized by the need for a multitude of tests and consultations. This has been recognized as an area where considerable improvement is possible – improvement that would impact significantly on the patient experience and clinical outcomes.

### DIAGNOSTIC ASSESSMENT PROGRAMS

Cancer Care Ontario has developed comprehensive standards for Diagnostic Assessment Programs (DAP) to improve the patient experience by coordinating care and providing a single point of access to diagnostic services, multi-disciplinary consultative expertise, patient information resources and psychosocial supports.

Through the Ontario Cancer Plan, CCO is making progress on establishing DAPs in each region, with an initial focus on lung and colorectal cancer, as well as developing tools and solutions to increase access, improve the patient experience and improve the quality of care throughout the diagnostic journey.

In 2009/10, CCO worked with the 14 Regional Cancer Programs to build on the work done over the past two years in demonstration projects to improve access to diagnostic assessment and shorten wait times, with a specific focus on colorectal cancer and lung cancer. This included developing diagnostic pathways to assist practitioners, sharing tools with those involved in diagnosing colorectal cancers (such as primary care providers and specialists in community hospitals) to enable stronger linkages with the regional cancer centres, and establishing targets for wait times for each component of the patient journey.

CCO has also been working with the regions to implement a Central Accessing System and to develop a family doctor outreach and change management strategy, aimed at educating family doctors in each corresponding LHIN on the benefits of referring patients to DAPs.

Promotional efforts included a Provincial Road Show focused on family doctors and DAP clinicians to demonstrate how the programs improve diagnostic processes, quality of care and patient outcomes, and to offer information about changes to the diagnostic referral process through the implementation of regional DAPs.

In 2009, CCO hired a provincial imaging lead who is working with CCO and the regions to hire regional imaging leads, each of whom will be connected to the DAPs in their respective regions. CCO has also hired a primary care advisor to assist with the development of a primary care strategy focused on changing family doctor referral and diagnostic practice patterns.

As a part of DAP, CCO focused on developing the Electronic Pathway Solution (EPS) in 2009/10. EPS is a navigational web-based tool to assist patients and practitioners understand where patients are on their diagnostic journey, facilitate scheduling of appointments, view test results and link to disease specific information. It connects the circle of care on validated clinical pathways to assist with obtaining appropriate cancer diagnosis, in a measurable and monitored period of time and involving all stakeholders in the decision making process.

EPS will initially focus on lung and colorectal cancer to strategically align with regional Diagnostic Assessment Plans and projects currently underway. It is the intention of this initiative to be scalable to other disease sites (development to follow the Ontario Cancer Plan) and other phases of the cancer journey (e.g., survivorship). Once built and fully utilized, the EPS could also be

scalable to other diseases. As such, the EPS offers both a cost savings impact through the streamlining of testing and reduction in duplications, an improved patient experience and patient outcomes and, a capacity to be utilized for other chronic disease throughout the province and within other jurisdictions.

## STAGE/PATH

The Stage Capture and Pathology Reporting project is a multi-year provincial initiative with the goal of improving the quality and completeness of cancer stage and pathology reporting data through implementation of nationally endorsed data and reporting standards. This initiative supports cancer system improvement and enhanced quality of patient care by providing new information to cancer system providers, researchers, and other decision-makers on cancer stage and pathology for all Ontario cancer patients.

- **Stage Capture Project**

The goal of the Stage Capture Project is to develop data collection processes and tools that enable timely access to accurate, complete and comparable cancer stage data and other prognostic factors for all Ontario adult cancer patients, using the Collaborative Staging methodology. This year the stage capture rate increased from 68 to 74 per cent, due to the increased completeness and quality of stage data reported by the 14 Regional Cancer Centres and the implementation of Collaborative Staging data collection at 71 of Ontario's largest cancer treating hospitals.

In 2010/11 Collaborative Staging data collection will be implemented in the final 14 hospitals throughout the province.

- **Pathology Reporting Project**

The goal of the Pathology Reporting Project uses evidence-based checklist reports and synoptic cancer pathology reports in discrete data field format received from all Ontario hospitals that electronically submit pathology reports to Cancer Care Ontario. This best practice reporting allows cancer pathology data to be stored in a structured and consistent format, to support the reporting of pathology data quality and to facilitate the use of pathology data for automated stage capture, tumor registration and other analytic indicators and measures.

In 2009/10, electronic synoptic pathology reporting capability was expanded to 80 Ontario hospitals – increasing from the initial 19 that were implemented in 2008/09. Pathology reporting in discrete data field format, as per the pathologist endorsed College of American Pathologists (CAP) standard, has been implemented for more than 60 per cent of breast, lung, colorectal, prostate and endometrium resections.

Sixteen additional hospitals are expected to complete implementation of synoptic pathology reporting in 2010/11. Since implementation of the synoptic pathology reporting, 90 per cent of all pathology reports submitted have been found to be consistently complete against the CAP standard. The next phase of the project is centered on expanding synoptic reporting to all mandated disease site/procedures (a total of 59) in all electronically reporting pathology hospitals in Ontario.

## TREATMENT

### CANCER SURGERY

Cancer Care Ontario's Surgical Oncology Program works to continually improve the quality and accessibility of cancer surgery across Ontario.

CCO continues to manage the Cancer Surgery Agreement, to enhance system accountability, meet short-term requirements for incremental cancer surgery volumes, and set the stage for longer term improvements in the quality of cancer surgery and integration of the cancer system.

- **Thoracic Cancer Surgery Standards**

In keeping with provincial standards developed to consolidate this high complexity surgery in order to optimize patient outcomes, all but one Regional Cancer Program, now have a designated centre or plan in place to be compliant with the thoracic surgery standard. Six level 1 centres and two level 2 centres are currently meeting the volume requirements of the standards.

Compliance with standards continues to progress with 85 per cent of esophagus and 81 per cent of lung cancer operations performed in a designated thoracic centre in 2008/09.

- **Hepato-pancreatic-biliary (HPB) Cancer Surgery Standards**

In 2009/10 CCO asked the Regional Cancer Programs to designate an HPB centre and submit a plan for implementation of HPB standards. Nine HPB centres have been designated and five centres are currently meeting the volume requirements of the standards.

In 2008/09, 86 per cent of liver and 88 per cent of pancreas cancer operations were performed in a designated HPB centre.

- **Cancer Surgery Wait Times**

As a partner in the Ontario government's Wait Time Strategy, CCO is responsible for directing and

managing funding for cancer surgeries. CCO engages surgeons and hospitals in both planning and quality improvement initiatives.

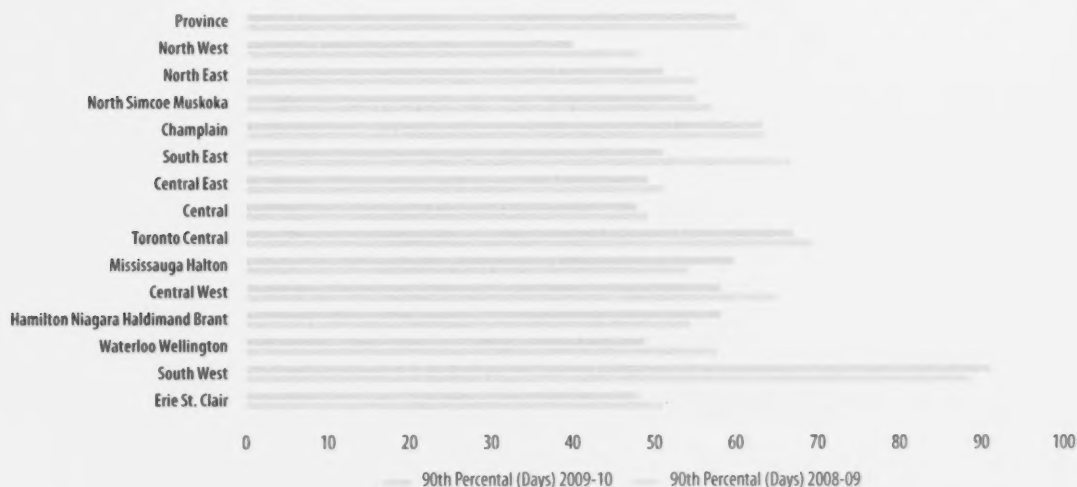
In February 2010, 76 per cent of cancer surgeries were performed within target wait times, compared to 70 per cent in 2008. The median wait time for cancer surgery decreased by 12 per cent and the Wait Time

Strategy has resulted in a decrease in the 90<sup>th</sup> percentile wait time by 17 days (21 per cent) since the baseline of August 2005.

Over the last year, wait times have remained relatively stable despite a reduction in the volume of funded cancer surgery operations, which demonstrates regional capacity building.

### Cancer Surgery Wait Time – Decision to Operate to Operation Date 90<sup>th</sup> Percentile (Days)

Fiscal 2008–09 vs. 2009–10



### Cancer Surgery Wait Time – Decision to Operate to Operation Date – Percent Treated Within (14, 28 and 84 Days)

Fiscal 2008–09 vs 2009–10



## DISEASE PATHWAY MANAGEMENT

The pathway followed by cancer patients from prevention and screening through diagnosis and treatment and onto survivorship or end of life care differs greatly from one type of cancer to another. Disease Pathway Management (DPM) is a new approach to examining the cancer journey for a specific disease site (e.g. colorectal or lung cancer) from start to finish, with the objective of identifying priorities for action and developing specific initiatives to improve the quality of care, processes and the patient experience across the patient journey.

At its inception, the DPM program aligned on a rolling sequence of disease sites based on criteria including urgency, existing progress to build on, and incidence. The planned order of disease sites is: colorectal, lung, prostate and gynecological. In 2009-10, the DPM program continued its work with colorectal cancer (CRC) and launched a second disease site: lung cancer. Early 2010 saw the DPM team implementing plans to launch a third disease site – prostate cancer – in the fall.

With its site-specific team members and its unique vantage point spanning the cancer journey, DPM also works with other programs across CCO in both a supporting and advisory role. Disease site-specific projects and priorities for action identified and developed by the DPM team help to shape the quality improvement work plans and provide organizational focus within the Clinical Programs Portfolio and across CCO more broadly.

Examples of this integrative approach are among the achievements in 2009/10, including:

- The kick-off of regional engagement for colorectal cancer quality improvement;
- Development of patient-centred wait time indicators to measure process improvements in the colorectal cancer pathway;
- Assembling a 50-member, multidisciplinary lung cancer team comprising clinicians, supportive care workers, patients and caregivers, and representatives from patient advocacy groups;
- Identifying and developing 17 lung cancer improvement projects aimed at priorities for action, and developing a focused short-list of high priority improvement projects based on data and expert consensus;

- The launch, in early 2010, of pilot programs in seven regions evaluating the effectiveness of the nurse navigator role in diagnostic assessment programs; and
- The launch of pilot programs in five regions aimed at prevention, self-management and clinical management of dyspnea (shortness of breath), a symptom experienced at the moderate or severe level by approximately one-third of ambulatory lung cancer patients and a leading cause of emergency department visits.

## CLINICAL SPECIALIST RADIATION THERAPIST

The Clinical Specialist Radiation Therapist (CSRT) Demonstration Project (formerly the Advanced Practice Radiation Therapist Developmental Project) is a Cancer Care Ontario project funded by the Ministry of Health and Long Term Care since 2004. The main focus of this project is to assess the added value to the cancer care system of developing new radiotherapy positions in line with the Ministry's priorities of decreased wait times, increased access and improved health of Ontarians.

The project is intended to create a model for development and implementation that would ensure consistent and standardized implementation of CSRT positions across Ontario.

Cancer Care Ontario has provided continued support in the advancement of innovative roles in radiation treatment such as CSRT, which impacts in both access to care and quality of care. CSRTs have been shown to improve access to services, reduce wait times, and lead to development and implementation of process improvements; including improving services for previously underserved populations and increasing the flexibility and responsiveness of interprofessional teams.

As such, Cancer Care Ontario is recommending that Ontario transition to an "implementation phase" that involves full implementation and integration of the CSRT role in Ontario's cancer system.

### Radiation Treatment

Wait times for cancer radiation treatment continued their decline across Ontario in 2009, despite a more than 10 per cent increase in the number of patients receiving treatment. The results have been achieved in large part due to the investments made by the provincial government. Over the past five years, government investments in radiation infrastructure and equipment have increased the availability and access to cancer treatments across the province including the opening of new cancer centres in Southlake, Peel and Durham as well as facilities expansions in Ottawa, Kingston. New cancer centres are scheduled to open in the next 2-3 years in Sault Ste. Marie, Niagara Region and Barrie. The Government of Ontario has invested significantly in radiation treatment machines. As of March 31, 2010, there were 93 radiation machines in use in the province, compared with 80 as of July 1, 2007.

CCO reports not only whether radiation wait times are improving, but also how many patients are being treated within the recommended timeframe or targets, according to two intervals:

- **Referral to consult:** the time between referral and being seen by a specialist, and
- **Ready to treat to start of treatment:** the time between being ready for treatment and receiving treatment.

The target wait time for the interval "referral to consult" is 14 days. Targets for the interval "ready to treat to start of treatment" vary from 1 to 14 days depending on the priority category, which is determined based on the patient's condition.

### Radiation Referral to Consult Wait Time – Percent Seen Within 14 Days

Fiscal 2008–09 vs. 2009–10



## Radiation Ready to Treat to Treatment Wait Time – Percent Treated Within 1, 7 and 14 Days

Fiscal 2008–09 vs. 2009–10



CCO's latest area of focus is to ensure all eligible patients access the service. Currently, utilization of radiation treatment in Ontario remains low, at 36 per cent of cancer patients compared with CCO's target of 48 per cent.

### INTENSITY MODULATED RADIATION TREATMENT

Intensity Modulated Radiation treatment (IMRT) is a precise method of delivering high-doses of radiation to a tumour while significantly reducing doses to the surrounding healthy tissues, increasing local control, reducing treatment related morbidity and increasing the patient's quality of life and cure rates. IMRT has been the standard of care in other Canadian provinces and the United States for over a decade, and is commonly used to treat patients with breast, prostate, head and neck cancer, as well as brain tumours, sarcomas and pediatric cancers.

Cancer Care Ontario's priorities in 2009/10 included starting the process to develop disease specific indicators and guidelines for IMRT. This is being done in partnership with the Program in Evidence Based Care (PEBC) and clinical experts in the radiation community. These guidelines are currently being prepared for publication in scientific journals.

To elevate the level of expertise in the province, CCO has provided IMRT and IGRT (Image Guided Radiation Therapy) courses, improved access to conferences and symposia for multi-disciplinary teams which include radiation oncologists, radiation therapists and medical physicists from across the province.

This approach has received excellent feedback and has increased opportunities for knowledge sharing. Working in partnership with the Pharmacoeconomic Research Unit at CCO, two cost effectiveness analyses comparing 3D-CRT to IMRT, for both prostate cancer and locally advanced head and neck cancer, are near completion.

Another key accomplishment in 2009/10 was the creation of expert-based coaching teams, to offer hands-on training, share best practices, and expedite IMRT implementation.

### Systemic Treatment

Wait times for systemic treatment have remained steady (with some improvements over the last year), despite growing demands. Systemic treatment – or chemotherapy – uses drugs to slow or stop the growth of cancer cells, multiplying or spreading to other parts of the body.

While wait times have remained steady over the last several years, we know that provincial demand for systemic treatment will increase in the future and Ontario needs more resources – particularly medical oncologists and infrastructure – in order to keep pace. Ontario also needs to improve the way it distributes and organizes chemotherapy services (effectiveness) so that more patients have better access to high-quality chemotherapy closer to home.

### We have changed the way we report systemic treatment wait times.

CCO has moved toward reporting more current, more comprehensive and more specific Systemic Treatment Wait Times information. Wait Times are updated monthly.

Wait times can now be viewed according to two indicators:

- 1) Wait Times by target for "Referral to Consult" and
- 2) Wait Times by target for "Consult to Treatment"

### Wait Times by Target (14 days) – Referral to Consult

The proportion of patients who are receiving services within the recommended timeframe or target (14 days) for the interval of "Referral to Consult."

**Referral to Consult:** The time between a referral to a specialist to the time that specialist consults with the patient

### Wait Times by Target (14 days) – Consult to Treatment

The proportion of patients who are receiving services within the recommended timeframe or target (14 days) for the interval of "Consult to Treatment."

**Consult to Treatment:** The time between a specialist consult with the patient and the time the patient receives his or her first chemotherapy treatment.

### Systemic Referral to Consult Wait Time – Percent Seen Within 14 Days

Fiscal 2008–09



## Systemic Consult to Treatment Wait Time – Percent Treated Within 14 Days

Fiscal 2008–09 vs. 2009–10



### REGIONAL SYSTEMIC TREATMENT PROGRAM

The Regional Systemic Treatment Program (RSTP) is a core CCO initiative which aims to ensure the highest quality of systemic treatment is available to Ontarians, as close to home as possible. This program is grounded in a set of evidence-based standards for the safe and effective delivery of systemic treatment. This is accomplished through the establishment of regional programs and partnerships, network building, best practice sharing and implementation of evidence-based guidelines.

September 2009 saw the launch of the first-ever strategic Regional Systemic Treatment Program Plan. This plan addressed specific issues including human resource needs, development and implementation of a systemic treatment complexity-based funding model, and alignment with Standards for the Organization and Delivery of Systemic Treatment.

Other CCO activities in 2009/10 related to the RSTP included:

- Monitoring chemotherapy wait times, which held steady in the face of rapidly growing demand for care;
- Developing evidence-based guidance on chemotherapy labeling to promote patient safety;
- Providing provincial coordination of initiatives on safety and knowledge transfer and exchange through

inter-regional systemic treatment planning networks of provincial and regional representatives; and

- Establishing processes for supporting and monitoring compliance with systemic treatment guidelines for regional programs.

### MULTI-DISCIPLINARY CANCER CONFERENCES

Multidisciplinary Cancer Conferences (MCCs) are a way to bring clinicians of various expertise to discuss, together, patient treatment options.

Evidence suggests that patient cases reviewed at MCCs are more likely to receive evidence-based care and have all treatment options considered. MCCs are also a mechanism for peer review (quality assurance) of pathology reports and diagnostic images. They foster the development of a multidisciplinary culture across disciplines, and encourage hospitals across regions to work together. The majority of Ontario MCCs use videoconferencing where expertise can be shared between hospitals.

One of Cancer Care Ontario's priorities in 2009/10 was to implement a province-wide strategy that ensures all appropriate cancer patient cases have access to a high-quality MCC discussion. Steps toward achieving this goal included:

- Fostering the MCC Coordinator Provincial Network to address barriers, share best practices across regions and set future direction;

- Each region designating a regional MCC Coordinator, who works to collect attendance and patient data, improve practices and organize meeting materials;
  - Establishing partnerships with Ontario Telemedicine Network to enhance access to MCCs; and
  - Developing disease-site specific criteria to identify which health professional disciplines should attend MCCs and which patient cases would most benefit from MCC discussion.
- Facilitating the Ministry's decision-making process by coordinating and supporting funding requests initiated by CCO's Disease Site Groups;
  - Continuing regular meetings with pharmaceutical manufacturers and the Ministry to improve forecasting around new drugs and indications; and
  - Ongoing work with the Ministry to implement a Compassionate Access Program for NDFP drugs, which will provide a framework for the consideration of unfunded drugs and/or indications under exceptional circumstances.

This was the first year of electronic MCC data collection and quarterly monitoring, which revealed that 63 per cent of existing MCCs met the minimum criteria (a baseline measure that will propel future improvements).

Cancer Care Ontario is currently formulating an evaluation framework for MCCs to evaluate the progress of the initiative from a process perspective and to examine its impact on patients, providers and the system.

#### **ENHANCING THE NEW DRUG FUNDING PROGRAM**

The New Drug Funding Program (NDFP) was established in 1997 and is now one of seven public drug programs funded by the Ministry of Health and Long-Term Care. Administered by Cancer Care Ontario, the NDFP funds new and expensive cancer drugs supported by clinical guidelines and pharmacoeconomic evidence, and helps ensure that Ontario cancer patients have equal access to high-quality hospital-administered cancer drugs, no matter where in the province they live. Most cancer drugs provided through the NDFP are recommended by the provincial expert committee, the Committee to Evaluate Drugs (CED) with final funding approval made by the Ministry.

In 2009/10, the Ministry invested approximately \$200 million into the NDFP to reimburse over 30,000 patient cases with a total of 25 drugs and 56 indications for use. Also in 2009/10, one new drug (treating two cancers) and three new cancer indications were approved for existing drugs.

Cancer Care Ontario also made several improvements in access, pricing and NDFP program development, including:

- Adding one new drug (treating two cancers), and three new approvals for existing drugs;
- Continuing work to support a Joint Oncology Drug Review, and preparations for the transition to a pan-Canadian Oncology Drug Review (pCODR) in 2010/11;

Looking ahead, Cancer Care Ontario will continue to enhance the NDFP in 2010/11 through:

- Further integrating the work of Cancer Care Ontario's pharmacoeconomics unit to support Disease Site Group Submission processes, as well as the Ministry's evaluation of cancer drugs;
- Addressing barriers that result in differences between clinical guidelines and access through NDFP;
- Improving real-world utilization monitoring of drugs to support ongoing evaluation of funding decisions; and
- Driving enhancements to the current claims reimbursement and claims adjudication system as part of Cancer Care Ontario's computerized physician order entry system.

#### **ONTARIO CANCER SYMPTOM MANAGEMENT COLLABORATIVE**

The Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (OCSMC) builds upon the success of the Provincial Palliative Care Integration Project (PPCIP).

The overall goal of the OCSMC is to promote a model of care enabling earlier identification, communication and documentation of symptoms, optimal symptom management and coordinated palliative support.

The name of the PPCIP was updated to OCSMC to reinforce the goal of optimal symptom management throughout the cancer journey, rather than only during the palliative or end of life phase. The OCSMC employs common assessment and care management tools including an easy-to-use electronic tool (Interactive Symptom Assessment and Collection – ISAAC) that puts patients in control of their symptom assessment by

allowing them to report their symptoms in near real-time directly to a team of clinicians from different locations - at hospital cancer clinics, or from home. Tele-ISAAC was developed this year to improve patient access at home and it is currently being pilot tested with patients through the Central Community Care Access Centre (CCAC).

Recently the OCSMC team made a significant achievement by successfully exchanging ISAAC information with electronic health record (EHR) systems at three hospitals through HL7 messaging. This is the first time information entered by patients has been sent directly to their hospital EHR - making life easier for both patient and clinicians.

Over this past year a team of experts revised and updated the Collaborative Care Plans, designed to be used by interdisciplinary teams to improve the quality and efficiency of care for patients. Additionally, evidence-based symptom assessment and management guides to practice are being developed to guide clinicians in responding to their patient's symptoms. At a systems level this means a more equitable quality of care is available to patients every step of the way. At the patient level this means improved symptom assessment and better symptom management through the OCSMC. This improves the patient experience across the cancer journey, aligning with the fourth goal of the Ontario Cancer Plan.

## RESEARCH

### RESEARCH CHAIRS PROGRAM

The Cancer Care Ontario Research Chairs program is designed to attract leading new scientists to Ontario and support outstanding scientists already working in the province. The program focuses on four important areas - cancer imaging, health services research, population studies and experimental therapeutics. It links researchers across Ontario and supports scientific efforts to translate research findings into clinical practice, including clinical trials.

Applications were evaluated on the basis of scientific excellence and strategic alignment with the four research themes. Six excellent recipients were identified for the 2009 Cancer Care Ontario Research Chairs:

- Dr. Ralph DaCosta, Princess Margaret Hospital, for cancer imaging.
- Dr. Nancy Baxter, St. Michael's Hospital, for health services.
- Dr. Joanne Kotsopoulos, Women's College Hospital, for population studies.
- Dr. Gregory Czarnota, Odette Cancer Centre, for cancer experimental therapeutics and cancer imaging.
- Dr. Geoffrey Liu, Princess Margaret Hospital, for experimental therapeutics and population studies.
- Dr. Lillian Siu, Princess Margaret Hospital, for experimental therapeutics.

### THE ONTARIO HEALTH STUDY

The Ontario Health Study (OHS) is a long-term, 20-year study that will recruit 150,000 Ontario residents between the ages of 35 and 69 to examine how genetics, lifestyle, behavior and the environment contribute to the development of cancer and other chronic diseases.

The OHS is part of the Canadian Partnership for Tomorrow Project (CPTP), which is the largest population study in Canada to date. CPTP's goal is to recruit 300,000 participants from across the country to understand the main triggers of chronic diseases, including cancer, and their long-term impact on health risks. The aim of the study is to learn more about the causes of chronic diseases - such as cancer, cardiovascular disease, and diabetes - and how to prevent them. Study results are intended to create an "information bank" scientists can use to help understand how genes, environment and behaviour interact to affect health over time.

Recruitment began in 2009 and during this year, nearly 8,000 participants have enrolled in Ontario. Three pilot centres were established, in Mississauga (which has recruited over 5,000 participants), Sudbury (more than 1,500) and Owen Sound (over 1,300).

Cancer Care Ontario is preparing for the provincial launch of the OHS across the province to begin in late summer 2010.

The OHS is funded and led by the Ontario Institute for Cancer Research, Cancer Care Ontario, The Canadian Partnership Against Cancer, and the Ontario Agency for Health Protection and Promotion. In addition, the Ontario division of the Canadian Cancer Society recognizes the importance of the study and endorses its objectives.

## OCCUPATIONAL CANCER RESEARCH CENTRE

The Occupational Cancer Research Centre (OCRC), which opened in March 2009, works to identify, prevent and ultimately eliminate Ontarians' exposure to cancer-causing substances in the workplace. The OCRC is the first centre in Canada dedicated solely to research in occupational cancers.

It comprises a core team located at Cancer Care Ontario, including the Centre Director, scientists, and research and administrative staff; a province-wide network of collaborators including scientists and researchers from other organizations; long-term trainees such as doctoral students and post-doctoral fellow; short-term interns that include students and staff in academic institutions, public health units, government and labour; and visiting and adjunct scientists.

This past year saw the formal launch of the Centre. Other highlights include:

- The upcoming appointment of Dr. Paul Demers, Professor and Director of the School of Environmental Health at the University of British Columbia as Director of the Occupational Cancer Research Centre, and Senior Scientist at Cancer Care Ontario, effective September 1, 2010;
- Creation of a Steering Committee and Scientific Advisory Committee, to ensure the Centre's research program is relevant to local needs and to help translate research findings into provincial policy and professional practice;
- Initiation of five research projects and three successful research grant submissions;
- The first annual Research Day looking at carcinogens in the workplace, which brought together researchers and stakeholders to share knowledge and identify potential collaboration opportunities; and
- Establishing OCRC branding and launching the Centre's website.

The OCRC is a unique partnership that unites research, healthcare, workplace safety, labour and industry groups. It is jointly funded by Cancer Care Ontario, the Workplace Safety and Insurance Board and the Canadian Cancer Society, Ontario Division and was

developed in collaboration with the United Steelworkers Union. The Centre is housed at Cancer Care Ontario.

## INFRASTRUCTURE

### CAPITAL PROJECTS

A major component of Cancer Care Ontario's responsibility is coordinating capital investments to build and equip cancer diagnosis and treatment facilities.

This includes a Radiation Treatment and Related Equipment Replacement Strategy designed to provide maximum equipment uptime (thus minimizing unforeseen interruptions in patient care due to equipment failure) and minimize product obsolescence such that patients and staff in Ontario benefit from current technological innovation to improve throughput and patient outcomes.

Infrastructure priorities realized in 2009/10 included:

- Construction (ongoing) for the development/expansion of seven major cancer treatment facilities;
- Radiation replacement funding totaling \$29.5 million, allocated to 11 regional cancer centres to upgrade radiation equipment with more advanced units. Funding was prioritized based on improved access to care, quality of care, impacts on operating costs and provincial benchmarks against standards;
- Working with Infrastructure Ontario on compliance requirements for the construction of new facilities in Niagara and Barrie, including designing the Radiation Treatment Rooms and securing appropriate licenses;
- Implementing a *Universal Cancer Treatment Room* protecting the ability to install future equipment from a variety of healthcare providers, thereby reducing future costs on machine replacements and bunker retrofits. These design improvements have been incorporated into recently constructed facilities in Ottawa and Newmarket, as well as the facilities currently under construction in Barrie and Niagara;
- Securing an additional treatment machine, through donated funds, for Durham. This unit is installed and has begun treating patients. Work is ongoing with the Ministry of Health and Long-Term Care to secure funding for another machine in Durham and a unit for Grand River;
- Development of a Request for Proposals for Radiation Oncology Information Systems;

- Ensuring all approved capital investments remain on schedule to provide new treatment facilities in Sault Ste. Marie, Barrie, Newmarket, Niagara and Kingston. New treatment facilities are now open in Newmarket and Ottawa. Construction in Sault Ste. Marie, Barrie, Niagara, Kingston and the renovation of the existing center in Ottawa remains on schedule; and
- Working within the constraints of current procurement processes to provide equipment on time for construction projects and replacement grant initiatives.

Further infrastructure activities planned for the year ahead include:

- Securing funding for additional radiation treatment units in Durham, Grand River and Newmarket;
- Assessing the timing for the development of new cancer treatment facilities based on updated planning assumptions related to radiation treatment utilization rates and cancer incidence;
- Monitoring and accessing the introduction of new radiation treatment technologies and techniques specifically as they relate to CyberKnife units (see below) in Ottawa and Hamilton, and updating the capital investment plan as required;
- Ensuring all approved capital investments remain on schedule to provide new treatment facilities in Sault Ste. Marie, Barrie, Newmarket, Niagara, and Kingston;
- Relocating the Temporary Radiation Treatment Bunker in Ottawa to provide care to a new region; and
- Managing the Radiation Replacement Grant Process to distribute funding based on provincial priorities, and working to secure additional funding to better address the increasing amount of aging radiation equipment eligible for replacement.

#### **CYBERKNIFE ROBOTIC RADIOSURGERY**

Ontario marked a milestone in 2009/10 with the announcement of the province's first CyberKnife Robotic Radiosurgery treatment option. CyberKnife treatment offers many patients an effective alternative to surgery for some cancers. Following an expert panel submission review process, the Juravinski Cancer Centre in Hamilton and The Ottawa Hospital were selected to offer the new treatment. The CyberKnife unit in Hamilton began treating patients in July 2010. The Ottawa Hospital plans to be treating patients by the fall 2010.

The technology is the world's first and only robotic radiosurgery system and it is designed to treat tumors anywhere in the body with sub-millimeter accuracy. Within Canada, this form of radiation therapy was previously only available at one Quebec cancer centre.

Unlike a traditional radiation treatment machine, which delivers radiation in a linear way, the CyberKnife system has a robotic arm which can move around the patient to deliver radiation. It has a sophisticated tracking system which uses x-rays to ensure that the radiation beam is directed precisely where the patient requires treatment. In addition, this image-guided approach continually corrects for any movement, such as breathing, helping to make sure that the beam is optimally positioned during the whole treatment.

#### **PROGRAM TRAINING CONSULTATION CENTRE**

The Program Training Consultation Centre (PTCC) continued to support the tobacco control system through training and technical assistance in priority areas negotiated with the Smoke-Free Ontario branch of the Ministry of Health Promotion and other resource centres.

## **B. ACCESS TO CARE**

The Access to Care Program (ATC) is comprised of information technology and information management initiatives with a single strategic focus on improving access, quality and efficiency of patient care and tracking patients as they move across the continuum of care. The mandate of the ATC portfolio is the development and implementation of information strategies and information systems to support improved access to care, ongoing operation of information systems, data analysis and reporting.

#### **ATC PROGRAM OVERVIEW**

The ATC Program currently includes the following initiatives:

- Wait Time Information Program (WTIP)
- Surgical Efficiency Targets Program (SETP)
- Emergency Room / Alternate Level of Care (ER/ALC) Information Strategy:
  - Emergency Room/Alternate Level of Care Reporting and Analytics Plan

- ° Provincial Definition for ALC
- ° Wait Time Information System for ALC
- ° ER Community Care Access Centre (CCAC) Notification
- ° ER National Ambulatory Care Reporting System (NACRS) Initiative, (ERNI) (formerly Emergency Department Reporting System (EDRS) Enhancement)

CCO is able to report measurable progress in advancing the various components.

#### **WAIT TIME INFORMATION PROGRAM (WTIP)**

This program manages the Wait Time Information System (WTIS), a province-wide system that currently tracks, measures and reports on surgical and diagnostic imaging wait times. System integration testing began July 7, 2009.

Early highlights from deployment of the Wait Time Information Strategy (WTIS) included three hospitals expanding their reporting participation from paediatric surgery to all surgical specialties; two hospitals expanding their reporting participation from Diagnostic Imaging procedures only to all surgical specialties; five hospitals migrating to a complex surgery (OR) level of WTIS integration; WTIS deploying to eight new wait time funded hospitals; and the release of a new WTIS application, enabling hospitals to manage their procedure maps for surgery and MRI-CT without going through the Wait Time Information Office.

#### **SURGICAL EFFICIENCY TARGETS PROGRAM (SETP)**

SETP captures data about operating room performance to monitor processes and identify areas where performance issues exist in the peri-operative portion of the continuum of care. On July 14, 2009, operations of SETP transitioned from University Health Network (UHN) to CCO where it now resides within CCO's Access to Care Program.

The successful transition of SETP from UHN to CCO included the re-launch of the SETP Advisory Committee under new terms of reference. Subsequent activities included:

- Ontario-specific updates being made to Operating Room Benchmarks Collaborative scorecards, facilitating alignment with future reports to the Ministry and LHINs;

- Monthly reporting to the Ministry as of September 2009, and monthly reporting to LHINs as of February 2010;
- Ministry approval of a plan to use SETP as the main tool to monitor provincial use of the Surgical Safety Checklist;
- Distribution of the SETP Data Dictionary and Data Standardization Guide to hospitals; and
- Launch of the SETP Data Quality and Compliance Program, to align program processes with ATC standards.

#### **EMERGENCY ROOM/ALTERNATE LEVEL OF CARE (ER/ALC) INFORMATION STRATEGY**

The Access to Care Expert Panel, under the leadership of eHealth Ontario, developed a comprehensive Information Strategy to support the ER/ALC Wait Time Strategy. This Information Strategy is being implemented by the ATC Program. In addition, the Access to Care Informatics team at Cancer Care Ontario has developed an ER/ALC Reporting and Analytics Plan to support the overall ER/ALC strategy. This reporting and analytics plan will ensure that the ER/ALC information needs of the public, Ministry, LHINs and hospitals will be met. The plan will also ensure that the ER/ALC data reported is of the highest quality so that stakeholders can use the most accurate data to monitor and improve ER/ALC performance.

As a key component of Ontario's ER/ALC Information Strategy, the Wait Time Information Program at CCO collaborated with healthcare stakeholders from across the province to develop a Provincial ALC Definition. This standardized and comprehensive provincial definition was a critical first step in capturing data on ALC patients waiting in all acute and post-acute hospitals in Ontario. The data will help improve patient flow, reduce ER wait times and will enable decision-makers to identify service and resource needs in hospitals and communities.

In October 2009, the Provincial ALC Definition Project won the award for Leadership Excellence from Canadian Project Excellence.

#### **WAIT TIME INFORMATION SYSTEM FOR ALTERNATIVE LEVEL OF CARE**

CCO continues to work closely with healthcare providers to ensure that all acute and post-acute hospitals across Ontario use the standardized Provincial ALC Definition to designate patients as Alternate Level of Care.

The Wait Time Information System is being expanded to capture data on ALC patients, scheduled for full deployment in the summer of 2011.

Based on the need to have access to more comprehensive, standardized ALC data that can be compared across the province, the Ministry requested CCO's Wait Time Information Program to build an interim ALC data collection solution. This solution, called the ALC Interim Upload Tool, captures data sooner. This tool was deployed to 92 wait time funded acute and 20 non-wait time funded post-acute care hospitals and facilities in the fall of 2009. It will capture 96 per cent of all acute care and 95 per cent of all post-acute care beds across the province. The first reports were made available in January 2010.

Other highlights from related programs:

- **Emergency Room – Community Care Access Centre Notification Project**

This project will implement a provincial ER-CCAC Notification solution in high volume ERs across the province to identify existing and potential CCAC clients. Progress was made throughout 2009/10, working toward implementation of the provincial ER-CCAC Notification solution for 70 per cent of ER visits by January 1, 2011.

- **ED Information Program / ER National Ambulatory Care Reporting System (NACRS) Initiative**

This initiative improves the timeliness of ER data reporting (from four months to one), consolidates ER wait time data submissions to NACRS and allows linkages with other datasets through the inclusion of personal health information.

The new system successfully went live on January 15, 2010. Across the province, 86 hospitals dramatically reduced the reporting times of emergency room wait time data from 75 days to 10 days following month end.

## C. ONTARIO RENAL NETWORK

In 2009/10, Cancer Care Ontario and the Ministry of Health and Long-Term Care signed an accountability agreement for the Ontario Renal Network (ORN).

Consistent with this agreement, CCO established the ORN provincial office and field operations including dedicated administrative program and clinical leadership in all 14 LHINs.

The ORN has developed a high-level work plan, organizational structure and budget, and has made progress on five core elements of the ORN's mandate.

### 1. Provincial Program Management

Cancer Care Ontario has leveraged its depth of experience in improving the quality and accountability of cancer services in establishing the ORN.

The ORN has a provincial leadership team, staffing, and advisory structures in place, including a hospital liaison committee, clinical advisory committee, data advisory committee and a provincial table.

In addition, the charters for three Board Committees (Governance and Nominating; Clinical Standards, Guidelines, Quality and Research; and Planning and Performance) have been amended to provide oversight to ORN's work.

Development of a new funding model for implementation in 2010/11 has begun, building on previous work completed by the Joint Policy and Planning Committee.

The ORN's Clinical Advisory Committee has developed a preliminary set of quality indicators based on generally accepted guidelines published by the National Kidney Foundation in the United States (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) and by the Canadian Society of Nephrology.

Accountability and funding agreements with providers were signed and the 2009/10 in-year incremental volume funding reallocation process was completed by the ORN in collaboration with the Chronic Kidney Disease (CKD) Regional Programs and the Ministry.

Provincial dialysis capacity plan is underway for completion by July 2010.

## 2. Regional Program Management

The ORN is establishing the leadership necessary to engage stakeholders and drive the provincial CKD program agenda in every LHIN. In fall 2009, two members of the ORN leadership team visited every CKD program in all 14 LHINs and have built the necessary relationships and understanding of local challenges to facilitate the ongoing work of the ORN.

Recruitment of regional directors in each LHIN has been completed. Terms of reference for CKD program steering committees in each LHIN are in development and recruitment of clinical leadership is underway.

## 3. Performance Measurement and Management

A draft performance measurement and management cycle to track progress (process and outcomes) and measure the overall success of the provincial CKD strategy has been developed and is under review.

Seventeen indicators have been identified to measure and report on the quality of, access to, accountability for, and outcomes of, CKD services in Ontario.

A guidebook that outlines how these indicators are calculated is complete and a baseline report is under development.

## 4. Information Technology

The Renal Disease Registry (TRDR) was transferred from UHN to the ORN, including two Renal Disease Registry staff and any data previously captured by the registry.

The ORN supplemented TRDR with a one-time survey to capture all prevalence patients not included in TRDR, resulting in the establishment of the Ontario Renal Reporting System. The ORN now has comparable data from all CKD providers (hospitals, satellites and independent health facilities) in Ontario allowing it to produce a base-line report on quality, which will underpin future work on quality improvement and target setting.

Work on an electronic interface that allows electronic data collection from CKD service providers is underway along with the development of requirements for a more fulsome IT solution for the CKD program.

## 5. Communications and Stakeholder Relations

Good stakeholder engagement is recognized as a key to the success of the ORN.

In June 2009, CCO and the Ministry hosted a town hall attended by a broad range of stakeholders that launched the ORN.

The ORN now has its own website, [www.renalnetwork.on.ca](http://www.renalnetwork.on.ca), and newsletter, *ORN Connects*.

## HUMAN RESOURCES

During the 2009-10 fiscal year, CCO's staff complement grew as a result of an expansion of our scope and mandate, in particular in the area of Access to Care, Positron Emission Topography and the Ontario Renal Network. For fiscal 2009-10, CCO's FTE total was 640.80.

## FINANCIAL REPORTS



cancer care | action cancer  
ontario | ontario

May 25, 2010

### Management's Responsibility for Financial Information

Management and the Board of Directors are responsible for the financial statements and all other information presented in this financial statement. The financial statements have been prepared by management in accordance with generally accepted accounting principles and, where appropriate, include amounts based on management's best estimates and judgements.

Cancer Care Ontario is dedicated to the highest standards of integrity and patient care. To safeguard Cancer Care Ontario's assets, a sound and dynamic set of internal financial controls and procedures that balance benefits and costs has been established. Management has developed and maintains financial and management controls, information systems and management practices to provide reasonable assurance of the reliability of financial information. Internal audits are conducted to assess management systems and practices, and reports are issued to the Audit Finance Committee.

For the fiscal year ended March 31, 2010, Cancer Care Ontario's Board of Directors, through the Audit Finance Committee, was responsible for ensuring that management fulfilled its responsibilities for financial reporting and internal controls. The Committee meets regularly with management, the internal auditor and the Auditor General to satisfy itself that each group had properly discharged its respective responsibility, and to review the financial statements before recommending approval by the Board of Directors. The Auditor General had direct and full access to the Audit Finance Committee, with and without the presence of management, to discuss their audit and their findings as to the integrity of Cancer Care Ontario's financial reporting and the effectiveness of the system of internal controls.

The financial statements have been examined by the Office of the Auditor General of Ontario. The Auditor General's responsibility is to express an opinion on whether the financial statements are fairly presented in accordance with generally accepted accounting principles. The Auditor's Report outlines the scope of the Auditor's examination and opinion.

On behalf of Cancer Care Ontario Management,

Terrence Sullivan, Ph.D.  
President and Chief Executive Officer

Elham Roushani, BSc, CA  
Vice President & Chief Financial Officer



Office of the Auditor General of Ontario  
Bureau du vérificateur général de l'Ontario

*Auditor's Report*

To Cancer Care Ontario  
and to the Minister of Health and Long-Term Care

I have audited the statement of financial position of Cancer Care Ontario as at March 31, 2010 and the statements of operations, changes in fund balances and cash flows for the year then ended. These financial statements are the responsibility of Cancer Care Ontario's management. My responsibility is to express an opinion on these financial statements based on my audit.

I conducted my audit in accordance with Canadian generally accepted auditing standards. Those standards require that I plan and perform an audit to obtain reasonable assurance whether the financial statements are free of material misstatement. An audit includes examining, on a test basis, evidence supporting the amounts and disclosures in the financial statements. An audit also includes assessing the accounting principles used and significant estimates made by management, as well as evaluating the overall financial statement presentation.

In my opinion, these financial statements present fairly, in all material respects, the financial position of Cancer Care Ontario as at March 31, 2010 and the results of its operations and its cash flows for the year then ended in accordance with Canadian generally accepted accounting principles.

Gary R. Peall, CA  
Deputy Auditor General  
Licensed Public Accountant

Box 105, 15th Floor  
20 Dundas Street West  
Toronto, Ontario  
MSG 2C2  
416-327-2381  
fax 416-326-3812

B.P. 105, 15<sup>e</sup> étage  
20, rue Dundas ouest  
Toronto (Ontario)  
MSG 2C2  
416-327-2381  
télécopieur 416-326-3812

[www.auditor.on.ca](http://www.auditor.on.ca)

# Cancer Care Ontario

## Statement of financial position

(In thousands of dollars)

March 31 2010 2009

### Assets

#### Current

Cash and cash equivalents (Note 4)	\$ 106,331	\$ 172,210
Short-term investments (Note 5)	30,044	-
Receivables and prepaids (Note 6)	<u>36,912</u>	<u>15,416</u>
	173,287	187,626

Long-term investments (Note 5) 50,080 30,046

Capital assets (Note 7) 97,542 89,397

\$ 320,909 \$ 307,069

### Liabilities

#### Current liabilities

Accounts payable and accrued liabilities (Note 8)	\$ 135,877	\$ 117,039
Deferred operating grants (Note 9(a))	<u>37,434</u>	<u>44,649</u>
	173,311	161,688

Deferred contributions related to capital assets (Note 9(b)) 101,786 97,323

Post-retirement benefits other than pension plan (Note 10(b)) 3,356 3,326

278,453 262,337

### Fund balances

Endowment	2,317	2,317
Internally and externally restricted	23,822	26,905
General – unrestricted	14,585	12,904
Investment in capital assets	<u>1,732</u>	<u>2,606</u>

42,456 44,732

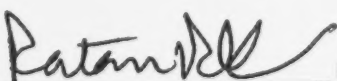
\$ 320,909 \$ 307,069

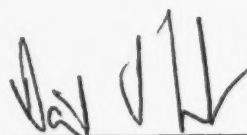
Commitments (Note 17)

Contingency (Note 18)

Guarantees (Note 20)

On behalf of the Board:

 Director

 Director

# Cancer Care Ontario Statement of operations

(In thousands of dollars)

Year ended March 31, 2010

	Restricted		General		Total	
	2010	2009	2010	2009 (Restated see Note 2)	2010	2009 (Restated see Note 2)
<b>Revenue</b>						
Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC) \$	-	\$ -	\$ 697,165	\$ 650,061	\$ 697,165	\$ 650,061
Capital contributions from MOHLTC for Integrated Cancer Programs (Note 2)	-	-	16,232	12,379	16,232	12,379
Ministry of Health Promotion	-	-	3,066	3,061	3,066	3,061
Net investment income (loss) (Note 12)	41	(3,382)	1,090	2,979	1,131	(403)
Amortization of deferred contributions related to capital assets (Note 9(b))	-	-	28,303	22,520	28,303	22,520
Other (Note 13)	10,947	10,558	7,780	8,019	18,727	18,577
	<u>10,988</u>	<u>7,176</u>	<u>753,636</u>	<u>699,019</u>	<u>764,624</u>	<u>706,195</u>
<b>Expenses</b>						
Integrated Cancer Programs Services	2,025	1,153	284,942	278,226	286,967	279,379
Drugs	-	-	199,094	184,965	199,094	184,965
Medical services	411	22	54,036	49,155	54,447	49,177
Salaries and benefits	3,117	3,183	52,367	39,264	55,484	42,447
Surgical services – hospitals	-	-	49,475	38,411	49,475	38,411
Amortization of capital assets	121	-	28,552	22,900	28,673	22,900
Consulting services (Note 14)	497	665	22,687	29,333	23,184	29,998
Capital contributions to Integrated Cancer Programs (Note 2)	-	-	16,232	12,379	16,232	12,379
Other hospital cancer programs	-	-	14,958	9,178	14,958	9,178
Purchased services	5,472	2,620	13,491	12,843	18,963	15,463
Other operating (Note 15)	1,638	1,561	9,767	13,845	11,405	15,406
Pension (Note 10(a))	-	-	3,976	3,083	3,976	3,083
Occupancy costs	217	34	3,162	3,001	3,379	3,035
Loss on disposal of capital assets	-	-	441	-	441	-
Post-retirement benefits other than pension plan (Note 10(b))	-	-	222	227	222	227
	<u>13,498</u>	<u>9,238</u>	<u>753,402</u>	<u>696,810</u>	<u>766,900</u>	<u>706,048</u>
(Deficiency) excess of revenue over expenses	\$ (2,510)	\$ (2,062)	\$ 234	\$ 2,209	\$ (2,276)	\$ 147

See accompanying notes to the financial statements.

# **Cancer Care Ontario** **Statement of changes in fund balances**

(In thousands of dollars)  
 Year ended March 31, 2010

	<u>Restricted</u>		<u>General –</u>		<u>Invested in</u>		<u>Total</u>	
	<u>Endowment</u>	<u>Other</u>	<u>Unrestricted</u>	<u>capital assets</u>	<u>2010</u>	<u>2009</u>		
Fund balances, beginning of year	\$ 2,317	\$ 26,905	\$ 12,904	\$ 2,606	\$ 44,732	\$ 44,585		
(Deficiency) excess of revenue over expenses	-	(2,510)	234	-	(2,276)	147		
Net change in investment in capital assets (Note 11)	-	115	759	(874)	-	-		
Interfund transfers (Note 16)	-	(688)	688	-	-	-		
Fund balances, end of year	<u>\$ 2,317</u>	<u>\$ 23,822</u>	<u>\$ 14,585</u>	<u>\$ 1,732</u>	<u>\$ 42,456</u>	<u>\$ 44,732</u>		

See accompanying notes to the financial statements.

# Cancer Care Ontario

## Statement of cash flows

(In thousands of dollars)

Year ended March 31

2010

2009

Increase (decrease) in cash and cash equivalents

<b>Operating</b>		
(Deficiency) excess of revenue over expenses	\$ (2,276)	\$ 147
Amortization of capital assets	28,673	22,900
Amortization of deferred contributions related to capital assets	(28,303)	(22,520)
Realized loss on disposal of long-term investments	-	4,063
Loss on disposal of capital assets	441	-
Benefit expense related to post-retirement benefits other than pension plan	222	227
Post-retirement benefits other than pension plan paid	(192)	(198)
	<u>(1,435)</u>	<u>4,619</u>
Change in non-cash operating working capital		
Receivables	(21,496)	39,215
Accounts payable and accrued liabilities	18,838	8,084
Deferred operating grants	(7,215)	4,666
	<u>(9,873)</u>	<u>51,965</u>
	<u>(11,308)</u>	<u>56,584</u>
<b>Investing</b>		
Short-term investments	(30,044)	-
Long-term investments, net	(20,034)	(5,680)
Purchase of capital assets	(37,329)	(31,933)
Proceeds on sale of capital assets	70	-
	<u>(87,337)</u>	<u>(37,613)</u>
<b>Financing</b>		
Amounts received related to capital assets	<u>32,766</u>	<u>29,019</u>
(Decrease) increase in cash and cash equivalents	(65,879)	47,990
Cash and cash equivalents, beginning of year	<u>172,210</u>	<u>124,220</u>
Cash and cash equivalents, end of year	<u>\$ 106,331</u>	<u>\$ 172,210</u>

See accompanying notes to the financial statements.

---

## **Cancer Care Ontario**

### **Notes to the financial statements**

(In thousands of dollars)

March 31, 2010

---

The Government of Ontario approved the establishment of Cancer Care Ontario (the "Organization") on April 29, 1997 to advance services for cancer patients to improve the outcome, quality and efficiency of cancer services. The cancer services encompass prevention, early detection, diagnosis, treatment, supportive care, research and education. The Organization was incorporated under the name of The Ontario Cancer Treatment and Research Foundation by an Act of the Legislature of the Province of Ontario in 1943 and the name of the Organization was changed in 1997 to Cancer Care Ontario. The Organization is a registered charity under the Income Tax Act (Canada). Members of the Board of Directors and Board Committees are volunteers who serve without remuneration.

In accordance with the Cancer Program Integration Agreement ("CPIA"), the Organization funds the Integrated Cancer Programs ("ICP") at various hospitals in return for agreed upon cancer treatment services.

The Organization's mission is to improve the performance of the cancer treatment system in Ontario by driving quality, accountability and innovation in all cancer-related services. The Organization's mission includes an emphasis on performance management.

During June 2009, the Ministry of Health and Long-Term Care ("MOHLTC") gave the Organization the mandate to manage performance of the chronic kidney disease program in Ontario.

---

#### **1. Significant accounting policies**

The Organization's financial statements are prepared by management using Canadian generally accepted accounting principles.

##### **Fund accounting**

The Endowment Fund reports contributions subject to externally imposed stipulations specifying that the resources contributed be maintained permanently, unless specifically disendowed by the donor. Restricted investment income earned on Endowment Fund resources is recognized as revenue of the Restricted Fund.

The Restricted Fund reports all other externally and internally restricted resources. The main use of these resources is for research and education. These funds include donations and grants which either have specific restrictions placed on their use by the donor, have been received by a particular cancer centre and are restricted for use by that particular cancer centre or have been internally restricted by the Board of Directors.

The General Fund accounts for the Organization's MOHLTC, the Ministry of Health Promotion ("MHP") and other funded programs and administration activities. This fund reports unrestricted resources and restricted operating grants.

---

## **Cancer Care Ontario**

### **Notes to the financial statements**

(In thousands of dollars)  
March 31, 2010

---

#### **1. Significant accounting policies (continued)**

##### **Contributions**

The Organization follows the deferral method of accounting for restricted contributions related to MOHLTC, MHP and other funded programs which are recognized as revenue of the General Fund in the year which the related expenses are incurred. The Organization follows the restricted fund method for all other restricted contributions which are recognized as revenue of the appropriate Restricted Fund in the year of receipt.

Unrestricted contributions are recognized as revenue of the General Fund when the amount is reasonably estimated and collection is probable.

Contributions received for the purpose of capital assets are recorded as deferred capital contributions and are amortized on the same basis as the related capital assets.

Contributions for endowment are recognized as revenue of the Endowment Fund in the year of receipt.

##### **Cash and cash equivalents**

The Organization considers deposits in banks, certificates of deposit and short-term investments with original maturities of three months or less as cash and cash equivalents.

##### **Investments**

Investments are classified as held for trading and carried at fair value. Investment transactions are accounted for on a settlement date basis and transaction costs are expensed as incurred.

##### **Capital assets**

Capital assets are recorded at cost. All capital assets are amortized on a straight-line basis at 20% per annum. Software costs are expensed in the year of acquisition.

Land and buildings for four lodges donated by the Canadian Cancer Society – Ontario Division are recorded at nominal value, as current value is not reasonably determinable.

##### **Impairment of long-lived assets**

An impairment charge is recorded for long-lived assets when an event or change in circumstances causes the asset's carrying values to exceed the total undiscounted cash flows expected from its use and eventual disposition. The impairment loss is calculated as the difference between the fair value of the asset and its carrying value.

---

## **Cancer Care Ontario**

### **Notes to the financial statements**

(In thousands of dollars)

March 31, 2010

---

#### **1. Significant accounting policies (continued)**

##### **Pension costs and post retirement benefits other than pension plan**

###### **(i) Pension costs**

The Organization accounts for its participation in the Healthcare of Ontario Pension Plan ("HOOPP"), a multiemployer defined benefit pension plan, as a defined contribution plan, as the Organization has insufficient information to apply defined benefit plan accounting.

###### **(ii) Post-retirement benefits other than pension plan**

The cost of post-retirement benefits other than pension plan is actuarially determined using the projected benefit method prorated on employment services and expensed as employment services are rendered.

The transitional obligation arising from the adoption of this accounting policy is being amortized over the expected remaining life of eligible retirees.

##### **Use of estimates**

The preparation of financial statements requires management to make estimates and assumptions that affect the reported amounts of assets and liabilities and disclosure of contingent assets and liabilities at the date of the financial statements and the reported amounts of revenue and expenses during the year. Actual results could differ from those estimates.

---

#### **2. Changes in accounting disclosures**

Effective April 1, 2009, the Organization retrospectively adopted the recommendations of CICA 4400 – Financial Statement Presentation by Not-for-Profit Organizations, that eliminated the requirement to present net assets invested in capital assets as a separate category of net assets and provided clarification of presentation of revenue and expenses on a gross basis when the entity is acting as the principal in a transaction. The Organization chose to continue to classify the amount of net assets invested in capital assets separately. The presentation of revenue and expenses on a gross basis resulted in a restatement of amounts previously netted. Accordingly both revenues and expenses have increased in the amount of \$12,379 in 2009, with a nil impact to deficiency of revenue over expenses in 2009.

CICA 4460 – Disclosure of Related Party Transactions by Not-for-Profit Organizations, has been amended to align the definition of related parties to CICA 3840, Related Party Transactions, effective April 1, 2009. There was no impact on the financial statements as a result of the adoption of this standard.

CICA 4470 – Disclosure of Allocated Expenses by Not-for-Profit Organizations, establishes disclosure standards for a Not-for-Profit Organization that classified its expenses by function and allocated its expenses to a number of functions to which the expenses relate, effective April 1, 2009. There was no impact on the financial statements as a result of the adoption of this standard.

---

## Cancer Care Ontario

### Notes to the financial statements

(In thousands of dollars)

March 31, 2010

---

#### 3. Capital disclosures

The capital structure of the Organization consists of fund balances comprised of endowment funds, internally and externally restricted funds, general – unrestricted fund, investment in capital assets, and deferred capital contributions.

The Organization's objective when managing capital is to safeguard its ability to continue as a going concern, so that it can continue to provide the appropriate level of benefits and services to its stakeholders.

A portion of the Organization's capital is restricted in how it is to utilize its externally restricted contributions and deferred capital contributions as described in Note 1. The Organization employs internal control processes to ensure the restrictions are met prior to the utilization of these resources and has been in compliance with these restrictions throughout the year.

The Organization sets the amount of fund balances in proportion to risk, manages its capital structure and makes adjustments to it in light of economic conditions and the risk characteristics of the underlying assets.

---

#### 4. Cash and cash equivalents – restricted

Cash and cash equivalents includes \$402 (2009 - \$400) which is restricted, as it is monies related to a pension plan that has been dissolved and is being held in escrow in the event that former members put forth a claim. These monies are subject to externally imposed restrictions and are not available for general use.

---

#### 5. Investments

	<u>2010</u>	<u>2009</u>
Guaranteed Investment Certificate, interest at 2.0%, maturing September 4, 2010	\$ 30,044	\$ 30,046
Guaranteed Investment Certificate, interest at 2.1%, maturing March 3, 2012	10,017	-
Guaranteed Investment Certificate, interest at 2.05%, maturing March 5, 2012	<u>40,063</u>	<u>-</u>
	80,124	30,046
Less maturing within one year	<u>30,044</u>	<u>-</u>
	<u>\$ 50,080</u>	<u>\$ 30,046</u>

# Cancer Care Ontario

## Notes to the financial statements

(In thousands of dollars)

March 31, 2010

6. Receivables and prepaids	2010	2009
Accounts receivable	\$ 2,396	\$ 4,031
Due from MOHLTC	34,329	10,622
Due from Community Foundations	-	436
Prepaids	187	327
	<u>\$ 36,912</u>	<u>\$ 15,416</u>

7. Capital assets			<u>2010</u>	<u>2009</u>
	<u>Cost</u>	<u>Accumulated Amortization</u>	<u>Net Book Value</u>	<u>Net Book Value</u>
Therapeutic and other technical equipment	\$ 255,955	\$ 162,117	\$ 93,838	\$ 84,342
Office furniture and equipment, and leasehold improvements	<u>5,887</u>	<u>2,183</u>	<u>3,704</u>	<u>5,055</u>
	<u>\$ 261,842</u>	<u>\$ 164,300</u>	<u>\$ 97,542</u>	<u>\$ 89,397</u>

The cost of therapeutic equipment includes deposits of \$12,405 (2009 - \$25,655). Amortization of these amounts will commence when the equipment is available for use.

8. Accounts payable and accrued liabilities	2010	2009
Trade payables	\$ 67,762	\$ 59,142
Accrued liabilities and other	56,990	51,595
Payable to MOHLTC and MHP	10,723	5,902
Pension escrow	402	400
	<u>\$ 135,877</u>	<u>\$ 117,039</u>

### 9. Deferred contributions

#### a) Deferred operating grants

Deferred operating grants represent unspent resources related to MOHLTC, MHP and other funded programs. Unspent amounts are held for use in subsequent periods or settlement by the respective ministry. Changes in the deferred operating grant balance are as follows:

	2010	2009
Balance, beginning of year	\$ 44,649	\$ 39,983
Amounts received related to subsequent periods	16,672	20,222
Amount recognized as revenue	(19,063)	(6,104)
Amount returned to MOHLTC	(4,824)	(9,452)
Balance, end of year	<u>\$ 37,434</u>	<u>\$ 44,649</u>

---

## Cancer Care Ontario

### Notes to the financial statements

(In thousands of dollars)

March 31, 2010

---

#### 9. Deferred contributions (continued)

##### b) Deferred contributions related to capital assets

Deferred contributions related to capital assets represent the unamortized amount and unspent amount of funds received for the purchase of capital assets. The changes in the deferred contributions related to capital assets balance for the year are as follows:

	<u>2010</u>	<u>2009</u>
Balance, beginning of year	\$ 97,323	\$ 90,824
Amounts received related to capital assets	32,766	29,019
Amount recognized as revenue	<u>(28,303)</u>	<u>(22,520)</u>
Balance, end of year	\$ <u>101,786</u>	\$ <u>97,323</u>

The balance of deferred capital contributions related to capital assets consists of the following:

	<u>2010</u>	<u>2009</u>
Unamortized capital contributions used to purchase capital assets	\$ 95,810	\$ 86,791
Unspent contributions	<u>5,976</u>	<u>10,532</u>
Balance, end of year	\$ <u>101,786</u>	\$ <u>97,323</u>

---

#### 10. Pension costs and post-retirement benefits other than pension plan

##### a) Pension costs

Employees of the Organization are members of HOOPP, which is a multiemployer defined benefit pension plan. HOOPP members receive benefits based on length of service and the average annualized earnings during the five consecutive years that provide the highest earnings prior to retirement, termination or death.

Contributions to HOOPP made during the year by the Organization on behalf of its employees amounted to \$3,976 (2009 - \$3,083) and are included in the pension expense in the statement of operations.

##### b) Post-retirement benefits other than pension plan

The Organization offered non-pension, post retirement benefits to its retired employees. Effective January 1, 2006, the Organization no longer offers non-pension, post retirement benefits to its active employees. Benefits paid during the year under this unfunded plan were \$192 (2009 - \$198).

During the year, the Organization decreased its accrued benefit obligation by \$457 (2009 - increased by \$81) based on the most recent actuarial valuation for the post-retirement benefits other than pension plan dated April 1, 2010. The next valuation will take place in April 2011.

# Cancer Care Ontario

## Notes to the financial statements

(In thousands of dollars)

March 31, 2010

### 10. Pension costs and post-retirement benefits other than pension plan (continued)

Information about the Organization's post-retirement benefits other than pension plan is as follows:

	<u>2010</u>	<u>2009</u>
Accrued benefit obligation	\$ (2,951)	\$ (3,408)
Unamortized actuarial gain	(1,132)	(716)
Unamortized net transitional obligation	<u>727</u>	<u>798</u>
Net accrued benefit liability	\$ <u>(3,356)</u>	\$ <u>(3,326)</u>

The actuarially determined present value of the accrued benefit obligation is measured using management's best estimates based on assumptions that reflect the most probable set of economic circumstances and planned courses of action as follows:

	<u>2010</u>	<u>2009</u>
Discount rate	4.5%	5.5%
Hospital and drug cost trend rate	9% in 2010 to 5% in 2018 and after	9% in 2009 to 5% in 2013 and after
Other medical costs trend rate	4% per annum	4% per annum

### 11. Investment in capital assets

	<u>2010</u>	<u>2009</u>
Capital assets	\$ 97,542	\$ 89,397
Amounts financed by deferred capital contributions	<u>(95,810)</u>	<u>(86,791)</u>
	\$ <u>1,732</u>	\$ <u>2,606</u>

Change in net assets invested in capital assets is calculated as follows:

Purchase of capital assets	\$ 37,329	\$ 31,933
Deferred contributions related to capital assets	(37,322)	(28,947)
Amortization of deferred contributions related to capital assets	28,303	22,520
Amortization of capital assets	(28,673)	(22,900)
Disposal of capital assets	<u>(511)</u>	<u>-</u>
	\$ <u>(874)</u>	\$ <u>2,606</u>

### 12. Net investment income (loss)

Net investment income earned on the Endowment Fund resources in the amount of \$25 (2009 - \$18) is included in the Restricted Fund. Also included in restricted net investment income is realized and unrealized losses on investments of \$nil (2009 - \$3,400).

## Cancer Care Ontario

### Notes to the financial statements

(In thousands of dollars)

March 31, 2010

13. Other revenue	2010	2009
General Fund		
Canada Health Infoway (repayment)	\$ (1,856)	\$ 1,938
Canadian Partnership Against Cancer	2,572	867
Salary recovery	888	1,640
eHealth Ontario	3,557	-
Miscellaneous	2,619	3,574
	<u>\$ 7,780</u>	<u>\$ 8,019</u>
Restricted Fund		
Grants	\$ 10,640	\$ 10,333
Donations	307	225
	<u>\$ 10,947</u>	<u>\$ 10,558</u>

#### 14. Wait Time Information System

At the direction of the MOHLTC, the Organization was engaged to develop and implement Ontario's Wait Time Strategy (the "Strategy"), including obtaining data on wait times for selected major health care services at participating Ontario hospitals. The Organization manages the Wait Times Information System, an information technology component of the Strategy.

The MOHLTC provides funding dedicated to the Strategy. The costs related to the Strategy totalled \$31,160 (2009 - \$31,455) and are included in various categories in the statement of operations. Total expenses related to the Strategy since its inception in the 2005/06 fiscal year are \$155,973. Total funding supporting the Strategy since inception is \$179,888.

Consulting services includes \$14,043 (2009 - \$18,085) related to the Strategy.

15. Other operating expenses	2010	2009
Restricted Fund		
Equipment	\$ 531	\$ 679
General office	506	211
Travel	249	246
Education and Publications	217	311
Other expenses	135	114
	<u>\$ 1,638</u>	<u>\$ 1,561</u>
General Fund		
Equipment	\$ 4,576	\$ 7,637
General office	1,717	1,562
Education and Publications	1,555	1,378
Patient services	800	800
Travel	778	1,140
Other expenses	341	1,328
	<u>\$ 9,767</u>	<u>\$ 13,845</u>

---

## Cancer Care Ontario

### Notes to the financial statements

(In thousands of dollars)

March 31, 2010

---

16. Interfund transfers	2010	2009
Transfer to the General Fund from the Restricted Fund	\$ <u>688</u>	\$ <u>108</u>

Transfers to the General Fund from the Restricted Fund represent the release of internally restricted reserves.

---

#### 17. Commitments

- a) The Organization leases space, and computer and office equipment. Under the terms of the leases, future repayments are estimated as follows for the year ending March 31:

2011	\$ 3,960
2012	3,131
2013	1,375
2014	27
2015 and thereafter	-
	<u>\$ 8,493</u>

- b) The Organization has committed to approximately \$9,614 (2009 - \$15,372) for the purchase of equipment.

---

#### 18. Contingency

The Organization is a member of the Healthcare Insurance Reciprocal of Canada ("HIROC"), which was established by hospitals and other organizations to self-insure. If the aggregate premiums paid are not sufficient to cover claims, the Organization will be required to provide additional funding on a participatory basis.

Since the inception, HIROC has accumulated an unappropriated surplus, which is the total of premiums paid by all subscribers plus investment income less the obligation for claims reserves and expenses and operating expenses. Each subscriber which has an excess of premium plus investment income over the obligation for their allocation of claims reserves and expenses and operating expenses may be entitled to receive distributions of their share of the unappropriated surplus at the time such distributions are declared by the Board of Directors of HIROC. There are nil distributions receivable from HIROC as of March 31, 2010.

---

#### 19. Financial instruments

The carrying amounts of cash and cash equivalents, receivables, and accounts payable and accrued liabilities approximate fair values due to the short-term nature of these instruments.

The fair values of investments are disclosed in Note 5. Investments consist of guaranteed investment certificates with a fixed interest rate that in management's estimation is at market.

---

## **Cancer Care Ontario**

### **Notes to the financial statements**

(In thousands of dollars)

March 31, 2010

---

#### **20. Guarantees**

##### **a) Director/officer indemnification**

The Organization's General By-Law contains an indemnification of its directors/officers, former directors/officers and other persons who have served on board committees against all costs incurred by them in connection with any action, suit or other proceeding in which they are sued as a result of their service, as well as all other costs sustained in or incurred by them in relation to their service. This indemnity excludes costs that are occasioned by the indemnified party's own dishonesty, wilful neglect or default.

The nature of the indemnification prevents the Organization from making a reasonable estimate of the maximum amount that it could be required to pay to counterparties. To offset any potential future payments, the Organization has purchased from HIROC directors' and officers' liability insurance to the maximum available coverage. The Organization has not made any significant payments under such indemnifications, and no amount has been accrued in the accompanying financial statements with respect to the contingent aspect of these indemnities.

##### **b) Other indemnification agreements**

In the normal course of its operations, the Organization executes agreements that provide for indemnification to third parties. These include, without limitation: indemnification of the Landlord under the Organization's lease of premises; indemnification of the Minister of Health and Long-Term Care from claims, actions, suits or other proceedings based upon the actions or omissions of the representative groups of medical, radiation and gynaecology/oncology physicians under certain Alternate Funding Agreements; and indemnification of the ICP host hospitals from claims, actions, costs, damages and expenses brought about as a result of any breach by the Organization of its obligations under the Cancer Program Integration Agreement and the related closing documentation.

While the terms of these indemnities vary based upon the underlying contract, they normally extend for the term of the contract. In most cases, the contract does not provide a limit on the maximum potential amount of indemnification, which prevents the Organization from making a reasonable estimate of its maximum potential exposure. The Organization has not made any significant payments under such indemnifications, and no amount has been accrued in the accompanying financial statements with respect to the contingent aspect of these indemnities.

---

#### **21. Comparative figures**

Certain comparative figures have been reclassified to conform with the financial statement presentation adopted in the current year.

## APPENDICES

### BOARD OF DIRECTORS

**Neil Stuart**, Chair

(Jun. 1, 2010 – May 31, 2013)

**Richard Ling**, Chair

(Dec. 13, 2006 to Dec. 12, 2009)

**Ratan Ralliar**, Vice Chair

(Nov. 15, 2006 – Nov. 14, 2012)

Interim Chair

(Dec. 13, 2009 – May 31, 2010)

**Peter Crossgrove**

(Chairman Emeritus)

**Kevin Conley**

(Jun. 27, 2007 – Jun. 26, 2011)

**Michael Cooper**

(Aug. 12, 2009 – Aug. 11, 2012)

**Malcolm H. Heins**

(Feb. 25, 2009 – Feb. 24, 2012)

**Darren Johnson**

(Jun. 20, 2007 – Jun. 19, 2010)

**Shoba Khetrapal**

(Dec. 21, 2006 – Dec. 20, 2012)

**Patricia Lang**

(Jun. 20, 2007 – Jun. 19, 2011)

**Dr. Wendy Levinson**

(Feb. 13, 2008 – Feb. 12, 2011)

**Roland Montpellier**

(Dec. 1, 2004 – Nov. 30, 2010)

**Stephen Roche**

(Sept. 20, 2006 – Jun. 30, 2012)

**Dr. Walter Rosser**

(Jun. 27, 2007 – Jun. 26, 2011)

**Betty-Lou Souter**

(Jun. 20, 2007 – Jun. 19, 2013)

**Dr. Mamdouh Shoukri**

(Sept. 24, 2008 – Sept. 23, 2011)

### EXECUTIVE LEADERSHIP

**Terrence Sullivan, PhD**

President and CEO

**Helen Angus**,

Vice President (A), Prevention and Screening,

Vice President, Ontario Renal Network, CCO

**John McLaughlin, PhD**

Vice President, Population Studies and Surveillance

**Dr. George Pasut**,

Vice President, Prevention and Screening

(until March 31, 2010)

**Rick Skinner**,

Vice President, Chief Information Officer

**Dr. Joe Pater**,

Vice President, Clinical and Translational Research

**Elham Roushani**,

Vice President, Finance and Human Resources,

Chief Financial Officer (CFO)

**Pamela Spencer**,

Vice President, Corporate Services, General Counsel,

Chief Privacy Officer

**Dr. Carol Sawka**,

Vice President, Clinical Programs and Quality Initiatives

**Michael Sherar, PhD**

Vice President, Planning & Regional Programs

**Mitchell Toker**,

Vice President, Public Affairs

### CLINICAL LEADERSHIP

**Dr. Julian Dobranowski**,

Program Head, Cancer Imaging Program

**Dr. Deborah Dudgeon**,

Provincial Head, Palliative Care Program

**Audrey Friedman**,

Provincial Head, Patient Education

**Esther Green**,

Provincial Head, Nursing and Psychosocial

Oncology Programs

**Dr. Jonathan Irish**,

Provincial Head, Surgical

Oncology Program

**Dr. Leonard Kaizer,**  
Provincial Head, Systemic  
Treatment Program

**Dr. John Srigley,**  
Provincial Head, Pathology and Laboratory  
Medicine Program

**Dr. Padraig Warde,**  
Provincial Head, Radiation Treatment Program

#### **PROVINCIAL LEADERSHIP**

**Lynn Chappell,**  
Interim Regional Vice President,  
Erie St. Clair

**Dr. Louis Balogh,**  
Regional Vice President (A), Central

**Brenda Carter,**  
Regional Vice President, South East

**Dr. Peter Dixon,**  
Regional Vice President, Central East

**Paula Doering,**  
Regional Vice President, Champlain

**Dr. Bill Evans,**  
Regional Vice President, Hamilton Niagara  
Haldimand Brant

**Dr. Sheldon Fine,**  
Regional Vice President, Peel Regional Cancer Centre,  
Central West and Mississauga Halton

**Dr. Mary Gospodarowicz,**  
Regional Vice President,  
Toronto Central

**Garth Matheson,**  
Regional Vice President,  
North Simcoe Muskoka

**Dr. Craig McFadyen,**  
Regional Vice President,  
Waterloo Wellington

**Brian Orr,**  
Regional Vice President, South West

**Mark Hartman,**  
Interim Regional Vice President, North East

**Michael Power,**  
Regional Vice President, North West

**Dr. Linda Rabeneck,**  
Regional Vice President,  
Toronto Central

#### **ORN LEADERSHIP**

**Treva McCumber,**  
Executive Lead, CKD Programs, Ontario Renal Network

**Dr. Judith Miller,**  
Provincial Clinical Director,  
Ontario Renal Network

#### **DIRECTIVES ISSUED BY MINISTER**

The following directives apply in entirety, in part or in  
conjunction with CCO corporate policies:

- Management of Recorded Information Directive  
dated June 1992
- Procurement Directive dated July 2009
- Procurement Directive on Advertising, Public and  
Media Relations and Creative Communications  
Services dated June 17, 2006
- Visual Identity Directive dated February 2006, revised  
December 9, 2009
- Cash Management Directive dated August 2004
- Managing, Distributing and Pricing Government  
Information (Intellectual Property) Directive dated  
August 1998
- Accountability Directive dated September 30, 1997
- Advertising Content Directive dated June 2006
- Agency Establishment & Accountability Directive  
dated February 2000, revised  
January 26, 2010
- Government Appointees Directive dated  
September 1, 2006
- Travel, Meal and Hospitality Expenses Directive –  
December 20, 2006 – revised April 1, 2010
- Transfer Payment Accountability Directive –  
August 31, 2007
- Internal Audit Directive November 28, 2002
- Disclosure of Wrongdoing (appointees and agencies)  
Directive – June 2008
- Business Planning & Allocations Directive – April 2000
- Expenditure Management Directive dated April 2000
- Corporate Financial Policies (Ministry of Finance)

*If you require additional information, please contact  
Public Affairs at [publicaffairs@cancercare.on.ca](mailto:publicaffairs@cancercare.on.ca) or  
416-971-9800.*

# Action Cancer Ontario

Rapport annuel |  $\frac{09}{10}$



**1 LETTRE DU PRÉSIDENT ET PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ACTION CANCER ONTARIO**

**2 À PROPOS D'ACTION CANCER ONTARIO**

**3 LE PLAN DE LUTTE CONTRE LE CANCER DE L'ONTARIO**

**4 2009/10 – FAITS SAILLANTS ET RÉALISATIONS**

**A SERVICES DE LUTTE CONTRE LE CANCER**

**Prévention et dépistage**

- Contrôle Cancer Colorectal
- Programme ontarien de dépistage du cancer du sein
- Programme de dépistage du cancer intégré
- Oncologie moléculaire

**Diagnostic**

- Programmes d'évaluation diagnostique
- Étape/Cheminement

**Traitement**

- Chirurgie contre le cancer
- Gestion des voies d'accès
- Radiothérapeute spécialiste clinique
- Radiothérapie de conformation avec modulation d'intensité
- Programme de traitement général régional
- Conférences multidisciplinaires sur le cancer
- Amélioration du programme de financement des nouveaux médicaments
- Gestion collaborative des symptômes du cancer en Ontario

**Recherche**

- Programme de chaires de recherche
- L'étude sur la santé en Ontario
- Centre de recherche du cancer professionnel

#### **Infrastructure**

- Projets principaux
- Radiochirurgie robotisée CyberKnife
- Centre de consultation pour programme de formation

### **B ACCÈS AUX SOINS**

#### **Accès à la stratégie de soins**

- Programme d'information des temps d'attente (PITA)
- Programme de cibles d'efficacité chirurgicale (PCEC)
- Stratégie d'information en salle d'urgence/autre niveau de soins (SU/ANS)
- Système d'information du temps d'attente pour un autre niveau de soins
  - Projet de notification pour salle d'urgence – centre d'accès aux soins communautaires
  - Programme d'information ED/Initiative de système de déclaration de soins ambulatoires nationaux en salle d'urgence
- Projet de référence et d'alignement des ressources pour un autre niveau de soins

### **C RÉSEAU RÉNAL DE L'ONTARIO**

- Programme de gestion provincial
- Programme de gestion régional
- Mesure du rendement et gestion
- Technologies de l'information
- Communications et relations avec les intervenants

### **5 RESSOURCES HUMAINES**

### **6 RAPPORTS FINANCIERS**

### **7 ANNEXES**

Conseil d'administration et modalités

Direction supérieure

Direction clinique

Direction provinciale

Direction ORN

Liste de toutes les directives publiées par le ministère

Action Cancer Ontario accorde beaucoup d'importance à l'accès aux services et à l'information pour tous les Ontariens ayant un handicap. Pour recevoir de l'information sous un autre format, veuillez communiquer avec les Relations publiques au :

**P:** (416) 971-9800 **TTY:** 1 (800) 855-0511 **E:** [publicaffairs@cancercare.on.ca](mailto:publicaffairs@cancercare.on.ca)

Au nom d'Action Cancer Ontario (ACO), nous sommes ravis de soumettre notre rapport annuel 2009/10.

Action Cancer Ontario, comme toutes les agences publiques, ressent les effets du ralentissement économique. Nous réagissons en apportant les modifications nécessaires. Nous demeurons engagés envers notre mission et sommes fiers du progrès que nous avons fait en 2009/10.

Le cancer n'a que faire des ralentissements économiques. Il est insensible aux compressions budgétaires.

Il est indifférent à la controverse publique. Et il ne cède pas au repli organisationnel.

Le cancer continue de marquer considérablement la vie de tous les Ontariens et nous, à Action Cancer Ontario, restons vigilants dans le cadre de nos efforts pour améliorer la recherche et le dépistage du cancer ainsi que la prévention, la détection et le traitement.

Même confronté à des perturbations économiques et sociales mondiales, Action Cancer Ontario a réalisé des progrès considérables en 2009/10. Parmi les principaux points saillants, citons :

- Le lancement de trois sites pilotes pour **L'étude sur la santé en Ontario**, une vaste étude à long terme faisant intervenir 150 000 participants dans la province. Il s'agit d'un « laboratoire vivant » qui nous permet de suivre soigneusement et systématiquement les nombreux facteurs qui influencent le développement du cancer et des autres maladies chroniques; chronic diseases;
- Formaliser la gestion du **Réseau rénal de l'Ontario** par l'ACO, afin de développer l'infrastructure provinciale pour gérer et traiter les maladies du rein – qui, comme le cancer, dévastent des familles à l'échelle de l'Ontario. Lors de notre première année, nous avons fait de grands progrès pour rassembler la collectivité, entreprendre une évaluation complète de la capacité provinciale, commencer l'automatisation de la saisie des données et lancer les premiers éléments du plan rénal en établissant des indicateurs clés et des mesures de la qualité;
- Le succès du soutien de la **Stratégie de temps d'attente** de l'Ontario tandis que celui-ci prend le rôle de chef de file au Canada pour la diminution des temps d'attente dans toutes les disciplines ciblées;
- L'exécution de projets pilotes en **Gestion des voies d'accès** afin d'offrir un examen approfondi de l'évolution du cancer; de la prévention du cancer aux soins palliatifs et au rétablissement pour certains types de maladies, comme le cancer colorectal et le cancer du poumon;
- Offre de la première année d'un **financement pour la chimiothérapie** dans tous les programmes en Ontario;
- Élargir le dépistage et la gestion systématiques des symptômes du cancer à travers et au-delà des Centres de cancer de l'Ontario.
- L'ouverture du **Centre de recherche pour le cancer professionnel**, le premier en son genre au Canada, afin d'améliorer notre compréhension des cancers liés à la profession et de développer de nouvelles stratégies pour améliorer la santé en milieu de travail;
- Lancement du tout premier **Plan provincial pour le programme de traitement général régional** stratégique de l'Ontario afin de mieux répondre aux questions de ressources humaines, de modèles de financement et de normes; et

- Prendre des mesures importantes pour faire avancer le rôle des **soins de santé primaires** dans le continuum du cancer, tout en reconnaissant que le dépistage, la détection, et les soins de santé préventifs précoces commencent chez les médecins de famille et les autres fournisseurs de soins primaires.

Ces réalisations sont des exemples de progrès tangibles, établissant solidement Action Cancer Ontario dans le rôle d'agence de services polyvalents, construite sur une plate-forme robuste et réalisant une amélioration mesurée dans chaque domaine.

Plus important encore, nous avons approfondi notre expertise et aligné la gestion de l'information selon nos trois secteurs d'activité distincts; le cancer, l'accès aux soins et le Réseau rénal de l'Ontario. En allant de l'avant, notre but est d'ajouter un quatrième volet clé : L'excellence en affaires internes; la création et le partage de pratiques opérationnelles de grande qualité qui contribuent directement aux objectifs organisationnels.

Sur l'ensemble de nos secteurs d'activité, notre objectif sera de nous concentrer sur la médecine personnalisée, avec un accent continu mis sur l'amélioration de l'expérience du patient.

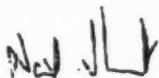
Pour l'avenir, nous nous concentrerons sur le réoutillage au cours des quatre prochaines années tandis que nous développons le nouveau Plan de lutte contre le cancer de l'Ontario – « PLCO III » – pour 2011 à 2015.

PLCO I (2005-2008) était axé sur la création de capacité pour le système – les « rouages » de la façon dont les gens, l'information et les machines se croisent pour offrir des soins contre le cancer. PLCO II (2008-2011), qui touche à sa fin, était centré sur les infrastructures et l'amélioration de la qualité des soins – la transformation du dépistage, du diagnostic et du traitement tout au long de la trajectoire du continuum des soins. Maintenant, nous nous préparons au PLCO III, qui est axé sur le patient; la gestion et l'amélioration de l'expérience du patient à chaque étape du cheminement.

Action Cancer Ontario est en bonne posture tandis que nous ouvrons ce nouveau chapitre. Nous disposons d'une fondation robuste et nous sommes positionnés en vue de continuer la transformation du traitement et de la prévention du cancer à l'échelle de la province. Nous avons renforcé nos processus d'affaires internes afin d'être en mesure d'appuyer ces efforts.

Les défis de la dernière année n'ont aucunement touché notre volonté et notre résolution n'en est que renforcée. En effet, notre plan est de devenir de plus en plus audacieux au fur et à mesure que nous avançons. Les soins oncologiques sont une priorité trop importante pour être réticent ou se trainer les pieds.

Grâce au dévouement et à la persévérance de l'équipe d'Action Cancer Ontario et de nos partenaires, 2009/10 s'est trouvée être une année de réalisations. Il nous tarde de continuer sur notre lancée et sur notre promesse pour les années à venir.



**Neil Stuart**

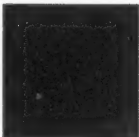
*Président du Conseil, Action Cancer Ontario*




**Terrence Sullivan**

*Président et PDG, Action Cancer Ontario*

## À PROPOS D'ACTION CANCER ONTARIO



Action Cancer Ontario (ACO) travaille à améliorer le contrôle du cancer et à s'assurer que les patients reçoivent les meilleurs soins, quel que soit leur parcours. La mission de l'ACO est d'améliorer la performance du système de lutte contre le cancer en promouvant la qualité, la responsabilisation et l'innovation au sein de tous les services liés à la lutte contre le cancer. La vision de l'agence est de travailler ensemble afin de créer le meilleur système de lutte contre le cancer dans le monde.



En tant que l'agence provinciale responsable de l'amélioration continue des services oncologiques ainsi que la conseillère oncologique du gouvernement, ACO :

- Dirige et gère près de 700 millions de dollars de subventions aux hôpitaux et aux autres prestataires de soins oncologiques pour la prestation de services oncologiques en temps opportun et de grande qualité et l'amélioration de l'accès aux soins;
- Mettre en place des programmes de prévention et de dépistage du cancer à l'échelle provinciale afin de réduire les risques du cancer et augmenter les taux de participation au dépistage;
- Travailler avec les professionnels et les organisations en soins oncologiques afin de développer et mettre en place des améliorations et des normes de qualité;
- Tirer profit des informations et des technologies informatiques à l'appui des professionnels de la santé et des autosoins des patients en vue d'une amélioration continue de la sécurité, de la qualité, de l'efficacité, de l'accessibilité et de la responsabilisation des services de lutte contre le cancer.

- Planifier les services de lutte contre le cancer en vue de répondre aux besoins des patients actuels et futurs et travailler conjointement avec les prestataires de soins de la santé dans chaque Réseau d'intégration local des soins de la santé afin de continuellement améliorer les soins oncologiques pour les personnes qu'ils desservent; et
- Transférer rapidement les nouvelles recherches en améliorations et en innovations en pratique clinique et en prestation de soins de lutte contre le cancer.

Les opérations et les activités d'Action Cancer Ontario sont guidées par les principes suivants : la transparence, l'équité, la performance fondée sur des données probantes, l'engagement actif et l'optimisation des ressources.

Officiellement lancé et financé par le gouvernement provincial en 1997, l'ACO est régi par une loi nommée la Loi sur le cancer. À titre d'agence de service opérationnel du gouvernement, l'ACO se rapporte au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). Les détails de ce rapport avec le ministère sont détaillés dans un protocole d'entente (PE) ratifié en décembre 2009.

### AGENCE DE SERVICES POLYVALENTS

Outre la lutte contre le cancer, l'ACO est responsable d'autres secteurs d'activité, dont le soutien et l'accueil de l'accès aux soins provincial (AAS – la Stratégie d'information sur les temps d'attente du gouvernement de l'Ontario). Outre cela, nous avons travaillé avec la direction rénale en Ontario afin de lancer le tout nouveau Réseau rénal de l'Ontario (RRO), ainsi que des programmes d'accès exceptionnels, telle la tomographie par émission de positrons (TEP) pour les indications non assurées. Ces activités ont été mandatées à l'aide d'ententes de responsabilisation distinctes entre l'ACO et le ministère.

# LE PLAN DE LUTTE CONTRE LE CANCER DE L'ONTARIO

Le plan de lutte contre le cancer de l'Ontario (PLCO) est un guide concernant la manière dont Action Cancer Ontario, les professionnels et les organisations de soins de la santé, les experts oncologiques et le gouvernement travaillent ensemble afin de mettre un frein au cancer tout en améliorant la qualité des soins pour les patients actuels et futurs.

Depuis 2005, l'ACO a mis en place un plan de lutte contre le cancer sur plusieurs années. Le premier plan couvrait les années 2005 à 2008. Nous approchons la fin du deuxième plan (2008 à 2011) et nous tirons profit de nos progrès à mesure que nous nous préparons au lancement du troisième plan (2011 à 2015).

## SIX OBJECTIFS PRINCIPAUX

Objectif  
1:

Objectif  
2:

Objectif  
3:

Objectif  
4:

Objectif  
5:

Objectif  
6:

Chaque objectif est soutenu par des initiatives en vue de satisfaire la principale ambition d'Action Cancer Ontario de créer le meilleur système de lutte contre le cancer au monde. **Quatre initiatives clés** seront importantes pour la réussite de ce plan :

1. Modifier notre approche de dépistage du cancer;
2. Optimiser et accélérer le diagnostic du cancer;
3. Continuer de développer des programmes anticancéreux régionaux pour offrir des services de haute qualité en tout temps, dans toute la province;
4. Préparer nos services à répondre et à tirer profit des découvertes en oncologie moléculaire.

## 2009/10 - FAITS SAILLANTS ET RÉALISATIONS

### ÉCHÉANCIER DE TRANSFORMATION

Action Cancer Ontario s'engage activement et supporte l'échéancier de transformation de soins de santé à long terme du ministère de la Santé en vue d'améliorer la planification et la prestation intégrée des services. Tirant profit du travail des dernières années, en 2009/10, l'ACO a réussi l'avancement de programmes régionalisés de lutte contre le cancer auprès des 14 Réseaux de santé intégrés locaux (RSIL) à l'échelle de la province.

L'ACO a également joué un rôle de soutien à la Stratégie de temps d'attente (STA) du ministère et a apporté des modifications organisationnelles clés afin de mieux répondre aux besoins du système. Les structures et les ressources, y compris la gestion de l'information, le matériel technologique et les processus ont tous été consacrés à l'amélioration de la planification de système, à la planification régionale de lutte contre le cancer et à la gestion de performance.

Avec l'aide de dirigeants en cabinets dans toute une palette de domaines spécialisés dans le cadre des efforts d'Accès aux soins du ministère, nous travaillons avec nos partenaires afin de concevoir, déployer, obtenir et rapporter les améliorations de l'Ontario grâce au système d'information sur les temps d'attente. Le PITA est le premier système provincial à recueillir des données de temps d'attente exactes en temps réel, offrant à l'Ontario un moyen de suivre, de mesurer, de gérer et de rapporter publiquement les données de temps d'attente, ces dernières comprennent maintenant les chirurgies adultes et pédiatriques.

### ÉCHÉANCIER DE QUALITÉ

L'ACO a créé un système selon lequel la responsabilisation clinique pour les décisions de contrôle du cancer est intégrée avec la responsabilisation administrative de la performance, de la qualité, du contrôle des coûts et de la responsabilisation publique en matière de performance. L'ACO a promu l'échéancier de qualité à l'échelle de la province pour les services de lutte contre le cancer grâce au développement, à la mise en place et à la

gestion des normes et des lignes directrices fondées sur des données probantes pour l'amélioration de la qualité clinique des programmes prioritaires.

### AMÉLIORATIONS DES PROCESSUS D'AFFAIRES

Au cours de l'année, Action Cancer Ontario a procédé à un examen exhaustif de ses processus d'affaires.

L'examen était axé sur la transformation de l'ACO en organisme plus souple, réactif et efficace pour les clients, les employés et les autres intervenants dans sept domaines d'activité clés : les ressources humaines, l'approvisionnement, les finances et la gestion, les technologies de l'information, les vérifications et la gestion de la performance. Le tout est réalisé dans les cadres du respect de la responsabilité financière.

Cela est accompli en plusieurs étapes. La première, terminée à la fin juillet 2010, a vu la documentation, le mappage et la nouvelle conception initiale de domaines spécifiques identifiés lors de la vérification externe des processus d'affaires de l'ACO en 2009. Les étapes ultérieures toucheront les politiques et les processus restants et porteront sur des systèmes électroniques nouveaux ou perfectionnés afin de continuer d'améliorer les coûts, la qualité, le service et la rapidité de l'ACO.

*Voici les faits saillants du travail de l'Action Cancer Ontario dans chacun de nos trois principaux secteurs d'activité : Services de lutte contre le cancer, Accès aux soins et Réseau rénal de l'Ontario.*

## A. SERVICES DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Action Cancer Ontario a développé une structure organisationnelle qui va soutenir le dépistage intégré du cancer à l'échelle de tous ses programmes grâce à la prestation de services régionale, les soins primaires et l'engagement clinique. Cela permettra de tirer profit des efficacités et des synergies à l'échelle des programmes de dépistage de l'ACO et se traduit par la prévention et la détection précoce des cancers du sein, cervical et colorectal.

Des avancées importantes ont été obtenues au cours du dernier exercice tout en atteignant les résultats de dépistage ciblés pour 2010, y compris le dépistage par mammographie de 70 % des femmes de l'Ontario âgées

de 50 à 69 ans le dépistage cervical de 76 % des Ontariennes admissibles et le dépistage colorectal de 40 % des Ontariens.

## CONTRÔLE CANCER COLORECTAL

Contrôle Cancer Colorectal (CCC), lancé en janvier 2007 est un partenariat entre l'ACO et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). Ses objectifs sont de réduire de 15 pour cent sur dix ans le taux de mortalité associé au cancer colorectal par l'entremise d'un programme de dépistage organisé et d'améliorer la capacité de soins de premier recours de participer à un dépistage complet du cancer colorectal.

Maintenant que le programme de cinq ans arrive à mi-chemin, les avancées de la dernière année comprenaient le déploiement de la première phase de la solution technologique de Contrôle Cancer Colorectal, InScreen. Ce système d'exploitation offre la fonctionnalité nécessaire pour l'identification de personnes admissibles au dépistage, l'invitation au dépistage, la notification des résultats de dépistage, la création de liens de patients sans médecins aux prestataires de soins primaires acceptant de nouveaux patients et des rappels de dépistage à l'échelle de la population.

Parmi les réalisations de 2009/10, citons :

- Des contrats avec 63 hôpitaux et l'allocation de financement pour plus de 24 000 coloscopies additionnelles;
- L'envoi de plus de 400 000 articles de correspondance, telles des lettres de résultats, aux participants ;
- L'ajout de plus de 300 médecins au registre des prestataires, un annuaire de médecins prêts à offrir des soins de suivi aux patients sans médecins ayant un résultat positif au Test du sang occulte fécal (TSOF);
- L'augmentation de la sensibilisation des prestataires grâce à un partenariat avec l'Ontario College of Family Physicians (OCFP) en vue d'offrir un programme de formation accrédité des prestataires de soins primaires et à la participation de huit salons commerciaux pour prestataires afin d'accroître la sensibilisation au dépistage du cancer colorectal et de promouvoir la participation au programme CCC;
- Le lancement du projet pilote d'invitation aux soins primaires, qui comprend l'engagement de plus de 100 médecins et l'envoi d'environ 14 000 invitations générées par InScreen directement aux patients, les invitant à prendre un rendez-vous et à parler avec leur médecin au sujet du dépistage du cancer colorectal; et

- Grâce à InScreen, l'offre aux médecins pilotes participants de rapports sur mesure, axés sur l'action, résumant leurs activités de dépistage personnelles.

En outre, l'ACO a entrepris plusieurs activités de formation de prestataires et d'engagement régional en vue de soutenir et de promouvoir les objectifs du programme.

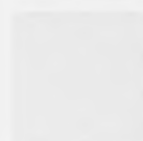
## PROGRAMME ONTARIEN DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PODCS)

Le cancer du sein est le cancer le plus communément diagnostiqué chez les Ontariennes et n'est surpassé que par le cancer du poumon pour les décès liés au cancer. La détection précoce grâce au dépistage organisé du cancer du sein alliée au traitement efficace demeure le meilleur outil à notre disposition pour aider à réduire les décès liés au cancer du sein.

Le dépistage organisé du cancer du sein a été introduit par le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario en 1990 et Action Cancer Ontario l'opère sous la tutelle du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein. Le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein a établi l'objectif de réduire la mortalité liée au cancer du sein de 30 % grâce à la participation de 70 % de la population ciblée (les femmes âgées de 50 à 69 ans) dans le cadre de cette initiative de dépistage organisé.

L'augmentation de la participation au dépistage du cancer du sein était une priorité clé du PODCS en 2009/10. Afin de faire la promotion et d'encourager la participation, les activités promotionnelles réussies d'Action Cancer Ontario comprenaient la campagne *Un million de femmes dépistées*; le développement d'une trousse de ressources médiatiques régionale en soutien du *Mois de sensibilisation du cancer du sein* en octobre, le partenariat avec la Société canadienne du Cancer pour les distributions des articles éducatifs Thingamaboob aux clients des régions du Grand Toronto avec le plus faible taux de participation au PODCS; et la participation aux salons commerciaux de prestataires en soins de la santé. D'autres initiatives comprennent le développement de nouveaux matériels pour atteindre les auditoires ciblés.

Comme mesure du progrès de ce domaine, le volume de visites de dépistage du cancer du sein continue de croître. Cela est en partie dû à l'augmentation de la population de femmes dans le groupe d'âge admissible (qui croît d'environ 50 milles par année), mais également aux initiatives de sensibilisation et de formation au PODCS, surtout dans les populations mal

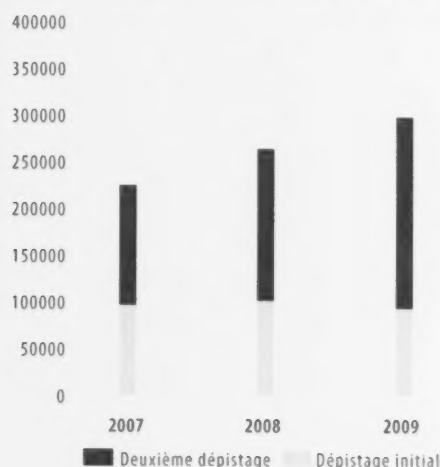


desservies. La rétention des femmes au dépistage régulier est également un facteur; les données indiquent que 83 % des clients reviennent pour leur dépistage biannuel recommandé.

Il y a actuellement 30 centres multidisciplinaires pour le dépistage du cancer du sein dans le cadre du PODCS. Pour les neuf premiers mois de 2009/10, ils ont accompli 11 616 évaluations pour les femmes affichant des résultats de dépistage anormaux. Cela représente une augmentation des évaluations effectuées de 42 pour cent pendant les neuf premiers mois de 2007/08.

## PROGRAMME ONTARIEN DE DÉPISTAGE DU CANCER

Nombre de dépistages PODCS, 2007-2009, femmes âgées de 50 à 69



## DU SEIN

### Nombre de femmes dépistées pour le cancer du sein par le biais du PODCS, 2009/10

Volume total : 468 486

### Nombre d'installations mammographiques affiliées au PODCS

En date du 31 mars 2010, il y avait 151 centres de dépistage du cancer du sein affiliés au PODCS

### Nombre de centres d'évaluation du cancer du sein affiliés au PODCS

En date du 31 mars 2010, il y avait 30 centres d'évaluation du cancer du sein affiliés au PODCS

Le nombre de dépistages déclarés par l'ACO au ministère en 2009/10 était de 468 486.

## PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER INTÉGRÉ (PDCI)

Action Cancer Ontario s'engage à travailler avec ses partenaires pour transformer le dépistage du cancer en Ontario en créant un programme organisé et de haute qualité pour les cancers du sein, du col utérin et colorectal permettant de détecter plus rapidement, et ainsi prévenir, ces cancers.

Soutenu par l'engagement du gouvernement de l'Ontario à améliorer le dépistage du cancer, en partenariat avec le gouvernement provincial et le soutien actif des organisations prestataires, de santé publique et pour patients, ACO élabore un programme de dépistage intégré et organisé en regroupant les meilleurs aspects des efforts mis de l'avant actuellement, en mettant en place des stratégies éprouvées déjà utilisées pour améliorer les délais d'attente et la qualité des traitements en Ontario et en adoptant les pratiques des juridictions avec des taux de dépistage élevés.

Les activités en 2009/10 se concentraient sur la conception et le développement du Programme de dépistage du cancer intégré afin d'augmenter la participation, de croître la capacité régionale et d'optimiser les efficacités. Les activités entreprises incluent des structures de gouvernance et des groupes de travail. Ces derniers soutiennent le PDCI en développant des Ententes de prises de responsabilité, en créant un plan d'implémentation de trois ans et en établissant des mesures de performance.

## ONCOLOGIE MOLÉCULAIRE

La médecine personnalisée est un champ croissant qui est positionné pour changer de manière fondamentale la manière dont le cancer est diagnostiqué et traité. Le premier domaine ciblé par Action Cancer Ontario dans ce champ était l'oncologie moléculaire; la science qui consiste à utiliser les données de composition génétique d'une personne afin de prédire le cancer et son pronostic et à diagnostiquer, suivre et sélectionner les traitements oncologiques ayant la meilleure chance d'être bénéfiques pour chaque patient.

En janvier 2009, l'ACO a publié le rapport du groupe de travail sur l'oncologie moléculaire qui avait préparé des recommandations visant à assurer l'accès aux analyses de laboratoire en oncologie moléculaire et aux services cliniques connexes, tel le counseling. Ce rapport offrait des recommandations visant à positionner le système de l'Ontario afin de répondre aux demandes pour ces services, d'assurer la qualité et la sécurité des patients et d'être prêts à tirer profit de ce champ de connaissances en pleine croissance. Action Cancer Ontario évalue et

applique ces recommandations et participe également à la stratégie génétique provinciale du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

En 2009/10, l'ACO a créé un comité consultatif provincial pour les services d'oncologie moléculaire. Le comité partagera ses informations et offrira direction, conseils et avis concernant les stratégies qui appuieront les services d'oncologie moléculaire en Ontario, notamment dans les domaines de la médecine laboratoire, des services génétiques de cancer clinique et la recherche. En outre, il fera la liaison entre les organismes pertinents créés dans le cadre de la stratégie génétique du gouvernement et fera en sorte que les questions d'ordre oncologique soient répondues au niveau provincial.

## DIAGNOSTIC

L'objectif initial de la Stratégie des temps d'attente de l'Ontario était axé sur l'amélioration de l'accès au traitement. Afin de véritablement améliorer l'accès, Action Cancer Ontario a identifié le besoin de se concentrer sur le point d'entrée du patient au système.

L'intervalle entre l'apparition de symptômes et le diagnostic est une phase complexe et importante des soins oncologiques. Elle se caractérise par le besoin de recourir à une multitude de tests et de consultations. Elle a été identifiée comme un aspect où une amélioration importante est possible; l'amélioration affecterait significativement l'expérience du patient et les résultats cliniques.

### PROGRAMMES D'ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE

Action Cancer Ontario a développé des normes globales pour les Programmes d'évaluation diagnostique (PED) en vue d'améliorer l'expérience du patient en coordonnant les soins et en offrant un guichet unique pour les services de diagnostic, l'expertise consultative multidisciplinaire, les ressources d'information au patient et les soutiens psychosociaux.

Grâce au Plan de lutte contre le cancer de l'Ontario, l'ACO continue d'établir des PED dans chaque région avec un accent initial mis sur le cancer du poumon et le cancer colorectal ainsi que sur le développement d'outils et de solutions pour améliorer l'accès, l'expérience du patient et la qualité des soins tout au long du cheminement du diagnostic.

En 2009/10, l'ACO a travaillé avec 14 programmes régionaux de lutte contre le cancer pour tirer profit du travail complété au cours des deux dernières années lors de projets de démonstration pour améliorer l'accès à

l'évaluation diagnostique et pour réduire les temps d'attente tout en mettant l'accent sur le cancer colorectal et le cancer du poumon. Cela comprend le développement de voies diagnostiques pour aider les praticiens, le partage d'outils avec ceux responsables du diagnostic des cancers colorectaux (tels les prestataires de soins primaires et les spécialistes dans les hôpitaux communautaires) afin de créer des liens robustes avec les centres de cancer régionaux et d'établir des objectifs en matière de temps d'attente pour chaque composante du cheminement du patient.

L'ACO travaille avec les régions afin d'appliquer un Système d'accès central et de développer une stratégie de soutien aux médecins de famille et de modification de la gestion en vue de former les médecins de famille de chaque RLIS sur les avantages de diriger leurs patients aux PED.

Les efforts promotionnels comprennent une exposition itinérante provinciale axée sur les médecins de famille et les cliniciens PED en vue de montrer la manière dont les programmes améliorent les processus de diagnostic, la qualité des soins et les résultats chez les patients et d'offrir des informations au sujet des changements au processus de référence diagnostique grâce à la mise en place des PED à l'échelle régionale.

En 2009, l'ACO a embauché un chef provincial en imagerie qui travaille avec l'ACO et les régions pour embaucher des chefs régionaux en imagerie, chacun d'eux sera lié au PED de sa région respective. L'ACO a également embauché un conseiller en soins primaires afin d'aider au développement d'une stratégie de soins primaires axée sur la modification des pratiques de référence et de diagnostic des médecins de famille.

Dans le cadre du PED, l'ACO s'est axé sur le développement de la Solution de voies électroniques (SVE) en 2009/10. La SVE est un outil de navigation en ligne pour aider les patients et les praticiens à comprendre où en sont les patients dans leur cheminement du diagnostic, à faciliter la programmation de rendez-vous, à consulter les résultats d'examen et à offrir des liens aux renseignements spécifiques à la maladie. Elle est liée au cercle de soins de voies cliniques validées afin d'aider à l'obtention d'un diagnostic de cancer approprié dans une période mesurable et suivie avec la participation de tous les intervenants dans le processus de prise de décision.

La SVE se concentrera premièrement sur les cancers du poumon et colorectal afin de s'aligner stratégiquement avec les Plans d'évaluation diagnostique et les projets en cours. L'objectif de cette initiative est d'être applicable à d'autres sites de maladies (développement à venir après



le Plan de lutte contre le cancer de l'Ontario) et à d'autres phases du cheminement oncologique (c.-à-d. la survie). Une fois construite et pleinement utilisée, la SVE pourra également s'appliquer aux autres maladies. De ce fait, la SVE offre à la fois une économie des coûts grâce à la simplification des essais et à la diminution des redondances, une expérience et des résultats pour le patient améliorés et la capacité à être utilisée pour d'autres maladies chroniques à l'échelle de la province et dans d'autres juridictions.

## ÉTAPE/CHEMINEMENT

Le Projet de détermination du stade et de rapports de pathologie est une initiative provinciale sur plusieurs années avec comme objectif l'amélioration de la qualité et de l'intégralité des données de rapport de stade et de pathologie grâce à l'application de normes de données et de déclaration appuyées à l'échelle nationale. Cette initiative soutient l'amélioration du système d'oncologie et augmente la qualité des soins du patient en offrant de nouvelles informations aux prestataires, aux chercheurs et aux autres preneurs de décision du système de lutte contre le cancer concernant le stade du cancer et la pathologie pour tous les patients en oncologie ontariens.

- **Projet de détermination du stade**

L'objectif du projet de détermination du stade est de développer les processus et les outils de cueillette de données en vue de permettre l'accès rapide aux données de stades de cancer exactes, intégrales et comparables ainsi que d'autres facteurs de pronostic pour tous les patients adultes en oncologie, à l'aide d'une méthodologie de détermination du stade collaborative. Cette année, le taux de détermination du stade a augmenté de 68 à 74 pour cent grâce à l'augmentation de l'intégralité et de la qualité des données de stade déclarées par les 14 Centres de lutte contre le cancer régionaux et l'application de la cueillette de données de stades collaborative dans 71 des plus grands hôpitaux de traitement du cancer de l'Ontario.

En 2010/11 la cueillette de données de stades collaborative sera mise en place dans les 14 derniers hôpitaux à l'échelle de la province.

- **Projet de rapports de pathologie**

L'objectif du projet de rapports de pathologie tire profit de rapports de listes de vérification fondées sur des données probantes et de rapports de pathologie de cancer synoptiques dans un format de données discrètes sur le terrain reçues de tous les hôpitaux

en Ontario qui soumettent des rapports de pathologie électroniquement à Action Cancer Ontario. Cette meilleure pratique de rapports fait en sorte que les données de pathologie du cancer soient stockées dans un format structuré et cohérent afin de permettre la qualité des données de rapports de pathologie et de faciliter l'utilisation de données de pathologie pour la détermination de stade automatique, l'inscription de tumeurs et d'autres indicateurs et mesures d'analyse.

En 2009/10, la capacité de rapports de pathologie synoptique électronique a été étendue à 80 hôpitaux de l'Ontario; une augmentation par rapport aux 19 hôpitaux mis en place à l'origine en 2008-09. Les rapports de pathologie en format de données discrètes sur le terrain, selon la norme appuyée par le College of American Pathologists (CAP), ont été mis en place pour plus de 60 pour cent des résections du sein, du poumon, colorectal, de la prostate et de l'endomètre.

On s'attend à ce que seize hôpitaux additionnels terminent la mise en œuvre des rapports de pathologie synoptiques en 2010/11. Depuis la mise en place des rapports de pathologie synoptiques, 90 % de tous les rapports de pathologie soumis ont été jugés uniformément exhaustifs comparativement à la norme CAP. La prochaine phase du projet est centrée sur l'expansion des rapports synoptiques à toutes les procédures et tous les sites de maladie mandatés (59 au total) dans tous les hôpitaux de rapports de pathologie électroniques en Ontario.

## TRAITEMENT

### CHIRURGIE CONTRE LE CANCER

Le programme d'oncologie chirurgicale d'Action Cancer Ontario travaille afin d'améliorer continuellement la qualité et l'accessibilité des chirurgies contre le cancer à l'échelle de l'Ontario.

L'ACO continue de gérer l'Entente de chirurgie contre le cancer, d'améliorer la responsabilisation du système, de répondre aux exigences à court terme pour les volumes supplémentaires de chirurgie contre le cancer et d'ouvrir la voie aux améliorations à long terme de la qualité des chirurgies contre le cancer et l'intégration du système d'oncologie.

- **Normes de chirurgie thoracique contre le cancer**

Dans le cadre des normes provinciales développées pour consolider cette chirurgie très complexe afin

de maximiser les résultats des patients, tous les programmes de lutte contre le cancer régionaux sauf un ont maintenant un centre désigné ou un plan appliqué pour se conformer à la norme de chirurgie thoracique. Six centres de niveau 1 et deux centres de niveau 2 répondent présentement aux exigences de volume établies dans les normes.

La conformité aux normes continue d'augmenter avec 85 % des chirurgies contre le cancer de l'œsophage et 81 % contre le cancer du poumon ayant lieu dans un centre thoracique désigné en 2008/09.

• **Normes de chirurgie hépatopancréatobiliaire (HPB) contre le cancer**

En 2009/10, l'ACO a demandé aux programmes de lutte contre le cancer régionaux de désigner un centre HPB et de soumettre un plan pour la mise en œuvre des normes HPB. Neuf centres HPB ont été désignés et cinq centres répondent présentement aux exigences de volume établies dans les normes.

En 2008/09, 86 % des chirurgies contre le cancer du foie et 88 % contre le cancer du pancréas ont eu lieu dans un centre HPB désigné.

• **Temps d'attente en chirurgie contre le cancer**

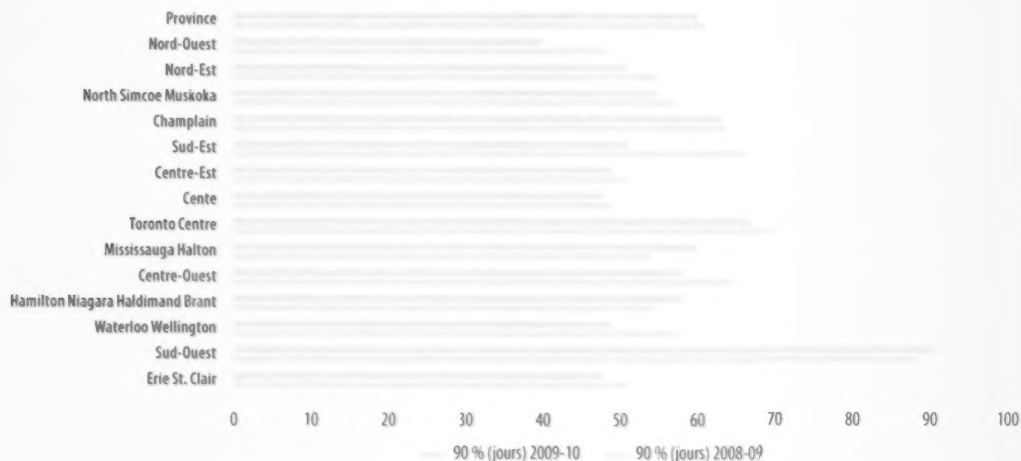
À titre de partenaire à la Stratégie des temps d'attente du gouvernement de l'Ontario, l'ACO est responsable de la direction et de la gestion du financement des chirurgies contre le cancer. L'ACO invite les chirurgiens et les hôpitaux à se joindre aux initiatives d'amélioration de la planification et de la qualité.

En février 2010, 76 % des chirurgies contre le cancer ont eu lieu dans les délais prévus, comparativement à 70 % en 2008. Le temps d'attente médian pour la chirurgie contre le cancer a diminué de 12 % et la Stratégie de temps d'attente a entraîné une diminution du temps d'attente du 90e percentile de 17 jours (21 pour cent) depuis l'évaluation initiale en août 2005.

Au cours de la dernière année, les temps d'attente sont demeurés sensiblement stables malgré une diminution du volume de chirurgies contre le cancer financées, ce qui démontre la mise en place d'une capacité régionale.

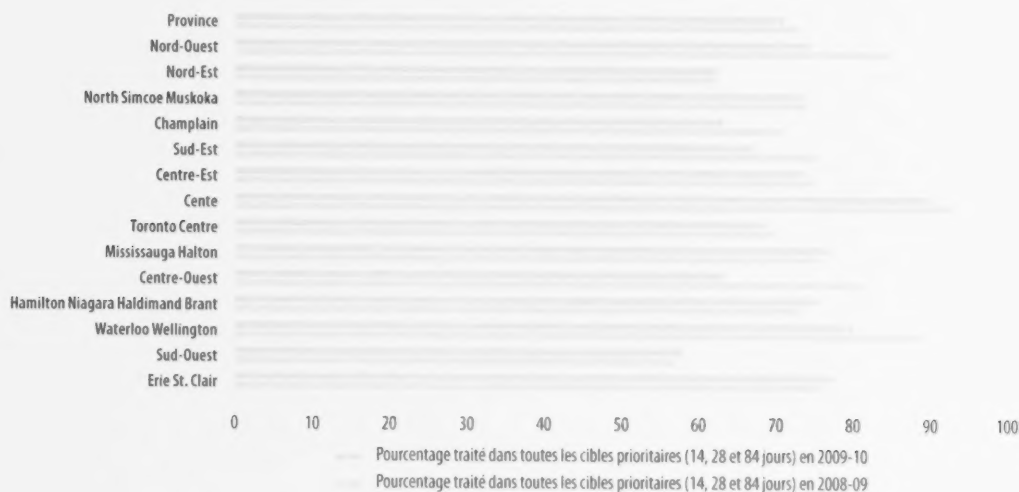
**Temps d'attente en chirurgie contre le cancer**  
**Délai entre la décision d'opérer et la chirurgie**  
**Pourcentage traité à 90**

*Exercice financier 2008-09 comparativement à 2009-10*



**Temps d'attente en chirurgie contre le cancer**  
**Délai entre la décision d'opérer et la chirurgie**  
**Pourcentage traité après 14, 28 et 84 jours.**

Exercice financier 2008-09 comparativement à 2009-10



## GESTION DES VOIES D'ACCÈS

Le cheminement suivi par les patients en oncologie de la prévention au dépistage en passant par le diagnostic, le traitement et finalement la survie ou les soins de fin de vie diffère grandement d'un type de cancer à l'autre. La Gestion des voies d'accès (GVA) est une nouvelle approche à l'examen du cheminement en oncologie pour un site de maladie spécifique (p. ex. : le cancer colorectal ou le cancer du poumon) du début à la fin avec pour but l'identification de priorités pour l'action et le développement d'initiatives spécifiques pour l'amélioration de la qualité des soins, des processus et de l'expérience du patient tout au long du cheminement du patient.

Lors de sa création, le programme GVA s'est aligné sur une séquence continue de sites de maladie en fonction de critères tels l'urgence, le progrès existant sur lequel se fonder et l'incidence. L'ordre planifié des sites de maladie est : colorectal, poumon, prostate et gynécologique. En 2009-10, le programme GVA a continué son travail auprès du cancer colorectal (CCR) et a lancé son deuxième site de maladie : le cancer du poumon. En début 2010, l'équipe GVA a mis en œuvre ses plans de lancement d'un troisième site de maladie – le cancer de la prostate – prévu en automne.

Avec ses membres d'équipe spécifiques au site et son point de vue unique du cheminement oncologique

complet, le GVA travaille également avec d'autres programmes à l'échelle de l'ACO tant dans un rôle de soutien que dans celui de conseiller. Les projets et les priorités d'action spécifiques au site de la maladie identifiés et développés par l'équipe GVA aident à façonner les plans de travail de l'amélioration de la qualité et à se concentrer sur l'organisation au sein du portefeuille de programmes cliniques et à l'échelle globale de l'ACO.

Des exemples de cette approche d'intégration figurent parmi les réalisations de 2009/10, notamment :

- Le lancement de l'engagement régional en matière d'amélioration de la qualité de la lutte contre le cancer colorectal;
- Le développement d'indicateurs du temps d'attente axés sur le patient afin de mesurer les améliorations des voies d'accès pour le cancer colorectal;
- La création d'une équipe multidisciplinaire de 50 membres pour le cancer du poumon composée de cliniciens, d'aidants, de patients et de fournisseurs de soins ainsi que de représentants d'autres groupes de défense des patients;
- L'identification et la création de 17 projets d'amélioration en matière de cancer du poumon donnant la priorité à l'action et le développement d'une courte liste centralisée de projets d'amélioration prioritaires en fonction des données et du consensus des experts ;

- Le lancement, en début de 2010, de programmes pilotes dans sept régions pour évaluer l'efficacité du rôle de navigateur infirmier dans les programmes d'évaluation diagnostique; et

Le lancement de programmes pilotes dans cinq régions axés sur la prévention, l'autogestion et la gestion clinique de la dyspnée (essoufflement), un symptôme qui se présente à un niveau modéré ou grave chez environ un tiers des patients ambulatoires atteints du cancer du poumon et une des principales causes de visites en salle d'urgence.

### RADIOTHÉRAPEUTE SPÉCIALISTE CLINIQUE

Le projet de démonstration de Radiothérapeute spécialiste clinique (RTSC) (anciennement le projet de développement de pratique avancée chez les radiothérapeutes) est un projet d'Action Cancer Ontario financé par le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée depuis 2004. Le principal objectif de ce projet est d'évaluer la valeur ajoutée au système de soins en oncologie découlant de la création de nouveaux postes en radiothérapie en fonction des priorités du ministère de diminution des temps d'attente, d'augmentation de l'accès et d'amélioration de la santé des Ontariens.

Le projet a pour but la création d'un modèle de développement et de mise en œuvre qui garantirait une application cohérente et standardisée des postes de RTSC à l'échelle de l'Ontario.

Action Cancer Ontario a offert son soutien continu pour l'avancement des rôles innovants en radiothérapie, tel le RTSC qui joue un rôle tant pour l'accès aux soins que pour la qualité des soins. Il a été démontré que le RTSC améliore l'accès aux services, diminue les temps d'attente et mène au développement et à la mise en place d'améliorations du processus; y compris l'amélioration des services pour des populations anciennement mal desservies et pour l'augmentation de la souplesse et de la faculté de réponse des équipes interprofessionnelles.

Dans ce cadre, Action Cancer Volontariat recommande que l'Ontario passe à une « phase de mise en œuvre » qui comprend la mise en œuvre et l'intégration complète du rôle du RTSC au sein du système d'oncologie de l'Ontario.

### Radiothérapie

Les temps d'attente pour la radiothérapie continuent de diminuer en Ontario en 2009, malgré une augmentation supérieure à 10 pour cent du nombre de patients recevant un traitement. Ces résultats ont été obtenus surtout grâce à des investissements faits par le gouvernement provincial. Au cours des cinq dernières années, les investissements du gouvernement en infrastructure et en matériel de radiothérapie ont augmenté la disponibilité et l'accès aux traitements de cancer à l'échelle de la province, y compris la création de nouveaux centres de lutte contre le cancer à Southlake, Peel et Durham ainsi que l'expansion des installations à Ottawa et à Kingston. On prévoit ouvrir des nouveaux centres de lutte contre le cancer au cours des 2 à 3 prochaines années, à Sault Ste-Marie, dans la région du Niagara et à Barrie. Le gouvernement de l'Ontario a grandement investi en machines de radiothérapie. En date du 31 mars 2010, 93 machines de radiothérapie étaient actives dans la province, comparativement à 80 en date du 1<sup>er</sup> juillet 2007.

L'ACO indique non seulement l'amélioration des temps d'attente (le cas échéant), mais également combien de patients sont traités en fonction des échéanciers et des cibles recommandés, en fonction de deux intervalles :

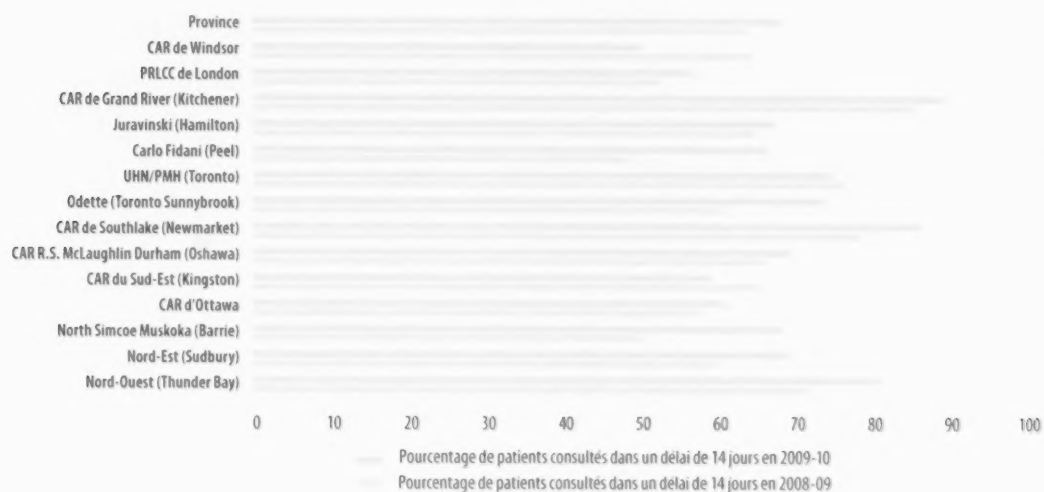
- **De la référence à la consultation** : le temps entre la référence et la consultation chez un spécialiste; et
- **Prêt à être traité au début du traitement** : le temps entre être prêt à être traité et le début du traitement.

Le temps d'attente ciblé pour l'intervalle « de la référence à la consultation » est de 14 jours. Les cibles pour l'intervalle « prêt à être traité et début du traitement » varient de 1 à 14 jours en fonction de la catégorie de priorité, cette dernière étant déterminée en fonction de l'état de santé du patient.

### Temps d'attente entre l'aiguillage à la radiothérapie et la consultation

#### Pourcentage de patients consultés dans un délai de 14 jours

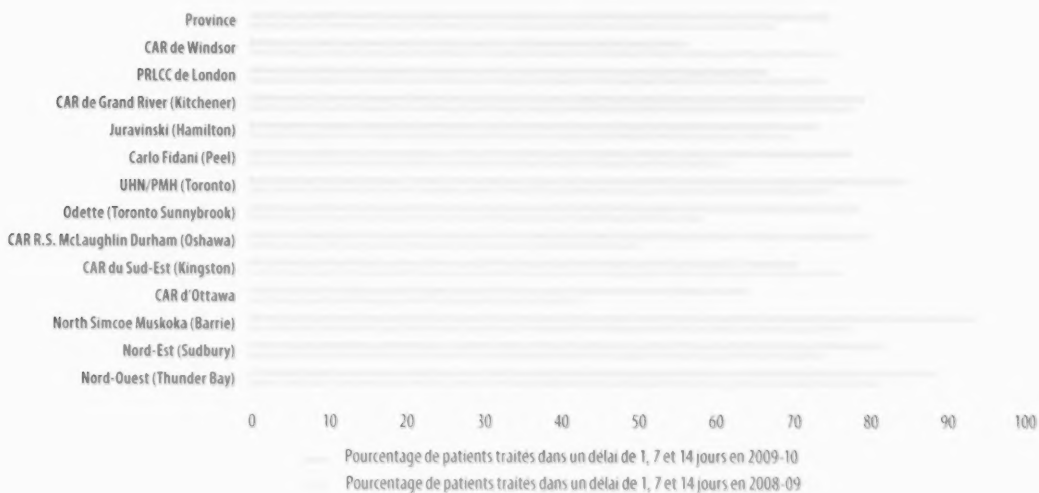
Exercice financier 2008-2009 comparativement à 2009-2010



### Temps d'attente entre le moment où le patient est prêt à être traité par radiothérapie et le traitement

#### Pourcentage de patients traités dans un délai de 1, 7 et 14 jours

Exercice financier 2008-2009 comparativement à 2009-2010



Le dernier point d'intérêt de l'ACO est de s'assurer que tous les patients admissibles aient accès au service. À l'heure actuelle, l'utilisation de la radiothérapie en

Ontario demeure faible, avec 36 pour cent des patients atteints du cancer comparativement à la cible de 48 pour cent de l'ACO.

### Traitement général

Les temps d'attente pour le traitement général demeurent stables (avec quelques améliorations au cours de la dernière année) en dépit de la demande croissante. Le traitement général – ou la chimiothérapie – se sert de médicaments qui ralentissent ou arrêtent la croissance de cellules cancéreuses qui se multiplient et s'étendent aux autres parties du corps.

Bien que les temps d'attente soient restés stables au cours des dernières années, nous savons que la demande provinciale pour le traitement général augmentera à l'avenir et l'Ontario aura besoin de plus de ressources – surtout en oncologues médicaux et en infrastructures – afin de suivre la cadence. L'Ontario a également besoin d'améliorer la manière dont il distribue et organise ses services de chimiothérapie (efficacité) afin que plus de patients aient un meilleur accès à une

### Nous avons changé la manière dont nous faisons rapport des temps d'attente pour le traitement général.

L'ACO se dirige vers des rapports plus actuels, plus complets et plus spécifiques en matière d'information

de temps d'attente pour le traitement général. Les temps d'attente sont mis à jour mensuellement.

### Les temps d'attente peuvent maintenant être consultés selon deux indicateurs :

- 1) Temps d'attente selon la cible « Référence à la consultation » et
- 2) Temps d'attente selon la cible « Consultation au traitement »

### Les temps d'attente selon la cible (14 jours) – Référence à la consultation

La proportion de patients qui ont reçu des services selon l'échéancier ou la cible recommandés (14 jours) pour l'intervalle « Référence à la consultation ».

**Référence à la consultation :** Le temps entre la référence à un spécialiste et le moment où le spécialiste rencontre le patient.

### Les temps d'attente selon la cible (14 jours) – Consultation au traitement

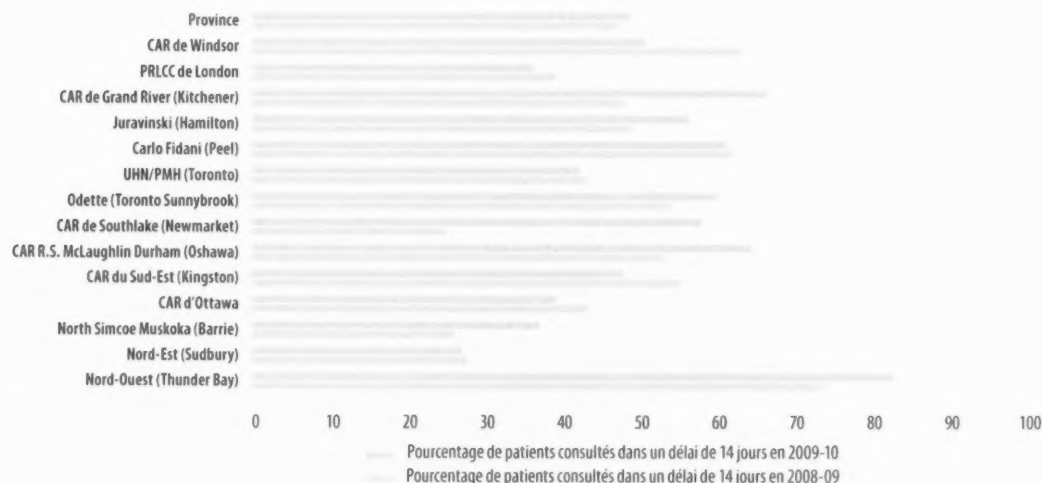
La proportion de patients qui ont reçu des services selon l'échéancier ou la cible recommandés (14 jours) pour l'intervalle « Consultation au traitement ».

**Consultation au traitement :** Le temps entre la consultation d'un spécialiste et le moment où le patient reçoit son premier traitement de chimiothérapie.

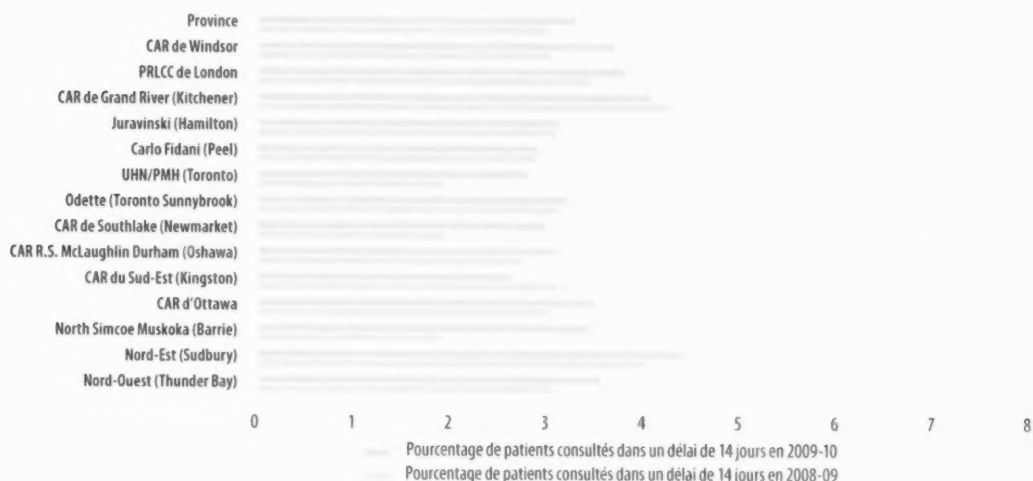
### Temps d'attente entre l'aiguillage général et la consultation

#### Pourcentage de patients consultés dans un délai de 14 jours

Exercice financier 2008-2009 comparativement à 2009-2010



**Temps d'attente entre l'aiguillage général et la consultation**  
**Pourcentage de patients consultés dans le délai ciblé (14 jours)**  
*Exercice financier 2008-09*



#### PROGRAMME DE TRAITEMENT GÉNÉRAL RÉGIONAL

Le programme de traitement général régional (PTGR) est une des principales initiatives de l'ACO qui a pour but de garantir la meilleure qualité de traitement général aux Ontariens, le plus près possible de la maison. Ce programme se base sur une gamme de normes fondées sur des données probantes pour une prestation sécuritaire et efficace d'un traitement général. Cela est accompli grâce à la création de programmes et de partenariats régionaux, de création de réseaux, de partage des meilleures pratiques et de mise en place de lignes directrices fondées sur des données probantes.

En septembre 2009, nous avons vu le lancement du tout premier plan stratégique de Programme de traitement général régional. Ce plan répond aux problèmes spécifiques, tels les besoins des ressources humaines, le développement et la mise en œuvre d'un modèle de financement fondé sur la complexité pour le traitement général et l'alignement avec les Normes pour l'organisation et la prestation d'un traitement général.

D'autres activités de l'ACO en 2009/10 concernant le PTGR étaient notamment :

- Le suivi des temps d'attente en chimiothérapie, ces derniers sont demeurés stables malgré la croissance rapide de la demande des soins;
- Le développement de lignes directrices fondées sur des données probantes pour l'étiquetage de la

chimiothérapie en vue de promouvoir la sécurité des patients;

- L'offre d'initiatives de coordination provinciale concernant la sécurité et le transfert de connaissances et l'échange de représentants provinciaux et régionaux grâce à des réseaux de planification de traitement général interrégionaux;
- La mise en place de processus pour le soutien et le suivi de la conformité aux lignes directrices de traitement général pour les programmes régionaux.

#### CONFÉRENCES MULTIDISCIPLINAIRES SUR LE CANCER

Les conférences multidisciplinaires sur le cancer (CMC) sont un moyen de rassembler les cliniciens ayant diverses expériences afin de discuter ensemble des options de traitement des patients.

Les preuves indiquent que les cas de patients étudiés lors des CMC risquent plus de recevoir des soins fondés sur des données probantes et de tenir compte de toutes les solutions de traitement. Les CMC sont également un mécanisme de revue par les pairs (assurance de la qualité) pour les rapports de pathologie et les images diagnostiques. Elles favorisent le développement d'une culture multidisciplinaire à l'échelle de toutes les disciplines et encouragent les hôpitaux de la région à travailler ensemble. La majorité des CMC de l'Ontario se servent de vidéoconférences où l'expertise peut être partagée entre les hôpitaux.

L'une des priorités de l'Action Cancer Ontario en 2009/10 était la mise en œuvre d'une stratégie à l'échelle de la province afin de garantir que tous les cas de patients atteints du cancer admissibles aient accès à une discussion CMC de grande qualité. Pour atteindre cet objectif, les mesures suivantes ont été prises :

- L'établissement du Réseau provincial de coordinateur CMC afin de répondre aux entraves, de partager les meilleures pratiques à l'échelle des régions et d'établir l'orientation future;
- Chaque région a désigné un coordonnateur CMC régional qui travaille à la collecte de données de présence et de patients, à l'amélioration des pratiques et à l'organisation du matériel de la conférence;
- L'établissement de partenariats avec le Réseau de télémédecine de l'Ontario pour améliorer l'accès aux CMC; et
- Le développement de critères spécifiques au site de la maladie qui identifient les disciplines de professionnels de soins de la santé qui devraient participer aux CMC et quels cas de patients pourraient tirer le plus profit d'une discussion CMC.

C'était la première année de cueillette de données CMC électroniques et de suivi trimestriel; il a été révélé que 63 % des CMC existantes respectent les critères minimums (la mesure de base sur laquelle seront fondées les améliorations futures).

Action Cancer Ontario formule actuellement un cadre d'évaluation pour les CMC afin de mesurer le progrès de l'initiative du point de vue du processus et d'examiner son impact sur les patients, les fournisseurs et le système.

#### **AMÉLIORATION DU PROGRAMME DE FINANCEMENT DES NOUVEAUX MÉDICAMENTS**

Le Programme de financement des nouveaux médicaments (PFNM) a été fondé en 1997 et il est aujourd'hui l'un des sept programmes de médicaments publics financés par le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Géré par Action Cancer Ontario, le PFNM finance les médicaments nouveaux et onéreux de lutte contre le cancer fondés sur les preuves de lignes directrices cliniques et pharmacoéconomiques. Le PFNM aide à garantir que les patients atteints du cancer en Ontario ont l'accès équitable à des médicaments contre le cancer de grande qualité et administrés à l'hôpital, quelle que soit leur province de résidence. La plupart des médicaments contre le cancer fournis par le PNNM sont recommandés par le Comité

évaluateur de médicaments. L'approbation finale de remboursement est donnée par le ministère.

En 2009/10, le ministère a investi environ 200 millions de dollars pour rembourser plus de 30 000 cas-patients pour un total de 25 médicaments et 56 indications d'utilisation. En 2009/10 un nouveau médicament (traitant 2 cancers) et 3 nouvelles approbations pour des médicaments existants ont été approuvés

Action Cancer Ontario a également porté plusieurs améliorations à l'accès, au prix et au développement de programme PFNM, notamment :

- Continuer de travailler pour appuyer un Rapport conjoint sur l'examen des médicaments en oncologie et les préparations pour la transition vers un Rapport pancanadien sur l'examen des médicaments en oncologie (RpCEMO) en 2010/11;
- Améliorer le processus de prise de décisions pour appuyer les demandes de financement initiées par les Groupes de site de maladie de l'ACO;
- Continuer les réunions régulières avec les fabricants pharmaceutiques et le ministère pour améliorer les prévisions concernant les nouveaux médicaments et les nouvelles indications; et
- Travail continu avec le ministère pour implémenter un programme d'accès de compassion aux médicaments PFNM qui offrira un cadre de considération pour les médicaments non remboursés et/ou les approbations en fonction de circonstances exceptionnelles.

À l'avenir, Action Cancer Ontario continuera d'améliorer le PFNM en 2010/11 à l'aide de :

- Une intégration approfondie du travail de l'unité de pharmacoéconomie d'Action Cancer Ontario pour venir appuyer les processus de soumission des groupes de site de maladie ainsi que l'évaluation du ministère de l'optimisation des médicaments contre le cancer;
- Répondre aux entraves qui découlent de différences entre les lignes directrices cliniques et l'accès à partir du PFNM;
- L'amélioration du suivi de l'utilisation réelle des médicaments pour venir appuyer l'évaluation continue des décisions de financement; et
- La promotion des améliorations au système existant de remboursement des réclamations et d'approbation des réclamations dans le cadre du système informatique de commande du médecin d'Action Cancer Ontario.

## GESTION COLLABORATIVE DES SYMPTÔMES DU CANCER EN ONTARIO

La Gestion collaborative des symptômes du cancer en Ontario (GCSCO) se fonde sur le succès du Projet provincial d'intégration des soins palliatifs (PPISP).

L'objectif global de la GCSCO est de promouvoir un modèle de soins permettant une identification précoce, une communication et une documentation des symptômes, la gestion optimale des symptômes et un soutien palliatif coordonné.

Le nom PPISP a été mis à jour à GCSCO pour renforcer l'objectif de gestion optimale des symptômes tout au long du cheminement oncologique, plutôt qu'uniquement lors de la phase palliative ou de fin de vie. La GCSCO se sert d'outils d'évaluation et de gestion des soins communs, notamment un outil électronique facile à utiliser (Outil interactif de collecte et d'évaluation des symptômes – ISAAC) qui remet le contrôle de l'évaluation des symptômes entre les mains des patients, leur permettant de déclarer leurs symptômes presque en temps réel directement à une équipe de cliniciens à partir de différents endroits; dans les cliniques d'oncologie de l'hôpital ou à la maison. Tele-ISAAC a été développé cette année pour améliorer l'accès des patients à la maison et il est en cours d'essai pilote auprès de patients par l'entremise du Centre d'accès de soins communautaires central (CASC).

Dernièrement, l'équipe GCSCO a complété une réalisation importante en réussissant à échanger de l'information ISAAC avec les systèmes de dossiers médicaux électroniques (DME) de trois hôpitaux grâce à la messagerie HL7. C'est la toute première fois que de l'information saisie par le patient est envoyée directement à leur DME – cela facilite la vie tant pour le patient que pour les cliniciens.

Au cours de la dernière année, une équipe d'experts a examiné et mis à jour les Plans de soins collaboratifs, conçus pour être utilisés par les équipes interdisciplinaires pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins pour les patients. En outre, l'évaluation des symptômes fondée sur des données probantes et les guides de gestion des pratiques sont en cours de développement pour guider les cliniciens en réponse aux symptômes des patients. Au niveau des systèmes, cela signifie une qualité de soins plus équitable offerte aux patients à toutes les étapes de leur cheminement. Au niveau du patient, cela signifie l'amélioration de l'évaluation des symptômes et une meilleure gestion des symptômes grâce à GCSCO. Cela améliore l'expérience du patient tout au long du cheminement oncologique et s'aligne

avec le quatrième objectif du Plan de lutte contre le cancer de l'Ontario.

## RECHERCHE

### PROGRAMME DE CHAIRES DE RECHERCHE

Le programme de chaires de recherche d'Action Cancer Ontario est conçu pour attirer les meilleurs nouveaux scientifiques en Ontario et appuyer les scientifiques hors pair qui travaillent déjà dans la province. Le programme est centré sur quatre domaines importants – l'imagerie en oncologie, la recherche de services de soins de santé, les études de population et les traitements expérimentaux. Il relie les chercheurs à l'échelle de l'Ontario et appuie les efforts scientifiques pour traduire les découvertes de recherche en pratique clinique, y compris les essais cliniques.

Les applications ont été évaluées selon l'excellence scientifique et l'alignement stratégique avec les quatre thèmes de recherche. Six excellents récipiendaires ont été identifiés pour les chaires de recherche d'Action Cancer Ontario 2009 :

- Dr Ralph DaCosta, Princess Margaret Hospital, pour l'imagerie en oncologie.
- Dre Nancy Baxter, St. Michael's Hospital, pour les services de soins de la santé.
- Dre Joanne Kotsopoulos, Women's College Hospital, pour les études de population.
- Dr Gregory Czarnota, Odette Cancer Centre, pour les traitements expérimentaux et l'imagerie en oncologie.
- Dr Geoffrey Liu, Princess Margaret Hospital, pour les traitements expérimentaux et les études de population.
- Dre Lillian Siu, Princess Margaret Hospital, pour les traitements expérimentaux.

### L'ÉTUDE SUR LA SANTÉ EN ONTARIO

L'étude sur la santé en Ontario (ESO) est une étude à long terme, de 20 ans, qui recrutera 150 000 résidents de l'Ontario âgés de 35 à 69 ans pour examiner la manière dont la génétique, le style de vie, le comportement et l'environnement contribuent au développement du cancer et des autres maladies chroniques.

L'ESO fait partie du Projet de partenariat canadien Espoir pour demain (PPCED) qui est la plus grande étude de population menée au Canada à ce jour. L'objectif du PPCED est de recruter 300 000 participants à l'échelle du pays afin de comprendre les principaux déclencheurs de maladies chroniques, notamment le

cancer, et leur impact à long terme sur les risques pour la santé. L'étude aura pour but d'en apprendre plus au sujet des causes des maladies chroniques, telles que le cancer, la maladie cardiovasculaire et le diabète, et comment les prévenir. Les résultats de l'étude créeront une « banque d'informations » qui sera mise à la disposition des chercheurs pour les aider à mieux comprendre l'interaction au fil du temps des gènes, de l'environnement et du comportement sur la santé.

Le recrutement a été lancé en 2009 et au cours de cette année, près de 8 000 participants ont été inscrits en Ontario. Trois centres pilotes ont été créés; à Mississauga (qui a recruté plus de 5 000 participants), à Sudbury (plus de 1 500) et à Owen Sound (plus de 1 300).

Action Cancer Ontario se prépare au lancement provincial de l'ESO à l'échelle de la province vers la fin de l'été 2010.

L'ESO est financée et dirigée par l'Ontario Institute for Cancer Research, Action Cancer Ontario, le Partenariat canadien contre le cancer et l'Agence ontarienne de promotion et de protection de la santé. En outre, la division ontarienne de la Société canadienne du cancer reconnaît l'importance de l'étude et appuie ses objectifs.

#### **CENTRE DE RECHERCHE DU CANCER PROFESSIONNEL**

Le Centre de recherche du cancer professionnel (CRCP), qui a ouvert ses portes en mars 2009, travaille afin d'identifier, de prévenir et, finalement, d'éliminer l'exposition des Ontariens aux substances cancérigènes dans le milieu du travail. Le CRCP est le premier centre au Canada dévoué uniquement à la recherche en cancer professionnel.

Il est composé d'une équipe principale située à Action Cancer Ontario, y compris le directeur du centre, des scientifiques et le personnel de recherche et de gestion; un réseau à l'échelle de la province de collaborateurs, y compris des scientifiques et des chercheurs d'autres organisations; des stagiaires à long terme, tels les étudiants du doctorat et les fellows en études post-doctorat; les stagiaires à court terme, tels les étudiants et le personnel d'institutions académiques, les unités de santé publique, le gouvernement et le ministère du Travail et les scientifiques en visite et auxiliaires.

Cette dernière année a vu le lancement officiel du centre. Parmi les autres points saillants, mentionnons :

- La nomination imminente du Dr Paul Demers, professeur et directeur de l'école de santé environnementale de l'Université de Colombie-Britannique à titre de directeur du centre de recherche en cancer

professionnel et scientifique principal chez Action Cancer Ontario, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2010;

- Création d'un comité directeur et d'un comité consultatif scientifique afin de garantir que le programme de recherche du centre soit adapté aux besoins locaux et d'aider à traduire les découvertes de recherche en politique provinciale et en pratique professionnelle;
- Initiation de cinq projets de recherche et de trois soumissions réussies de subventions de recherche;
- La première journée annuelle de la Recherche pour les cancérigènes dans les milieux de travail, qui a réuni les chercheurs et les intervenants afin de partager leurs connaissances et identifier les occasions de collaboration potentielles; et
- L'établissement du nom CRCP et le lancement du site Internet du Centre.

Le CRCP est un partenariat unique qui unit les groupes de recherche, de soins de la santé, de sécurité en milieu de travail, de travail et d'industrie. Il est conjointement financé par Action Cancer Ontario, la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, la division de l'Ontario de la Société canadienne du cancer et il a été développé en collaboration avec la United Steelworkers Union. Le Centre est situé chez Action Cancer Ontario.

#### **INFRASTRUCTURE**

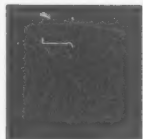
##### **PROJETS PRINCIPAUX**

Une composante importante de la responsabilité d'accès aux soins d'Action Cancer Ontario est la coordination des investissements capitaux pour construire et équiper les installations de diagnostic et de traitement du cancer.

Cela inclut une stratégie de remplacement du matériel de radiothérapie et connexe conçu pour offrir une disponibilité maximum du matériel (en vue de minimiser les interruptions imprévues des soins des patients en raison de pannes d'équipement) et pour minimiser l'obsolescence des produits de manière à ce que les patients et le personnel de l'Ontario tirent profit des innovations technologiques actuelles afin d'améliorer le roulement et les résultats des patients.

Parmi les priorités en infrastructure réalisées en 2009/10, mentionnons :

- La construction (continue) du développement et de l'expansion de sept installations de traitement du cancer importantes;



- Un financement de remplacement par radiothérapie se chiffrent à 29,5 millions de dollars, alloués à 11 centres de lutte contre le cancer régionaux afin de mettre à jour leur matériel de radiothérapie et obtenir des unités plus avancées. Le financement a été priorisé en fonction de l'amélioration de l'accès aux soins, de la qualité des soins, des répercussions sur les coûts d'exploitation et des jalons provinciaux comparativement aux normes;
- Travailler avec Infrastructure Ontario sur les exigences de conformité pour la construction de nouvelles installations à Niagara et à Barrie, y compris la conception de salles de radiothérapie et l'obtention des permis nécessaires;
- Mise en œuvre d'une Salle de traitement universel du cancer afin de garder la possibilité d'installer un équipement futur provenant de divers prestataires de soins de la santé, donc en réduisant les coûts futurs de remplacement des machines et des modifications de la chambre radio-protégée. Ces améliorations de la conception ont été intégrées dans les installations construites dernièrement à Ottawa et à Newmarket, ainsi que dans les installations en construction à Barrie et à Niagara;
- L'obtention d'une machine de traitement additionnelle à l'aide d'un don de fonds, à Durham. Cette unité a été installée et elle a commencé à traiter des patients. Le travail est en cours avec le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour obtenir le financement nécessaire pour une autre machine à Durham et pour une unité à Grand River;
- Développement d'un appel d'offres pour les systèmes informatiques en radio-oncologie;
- S'assurer que tous les investissements en capital se fassent dans les délais pour offrir de nouvelles installations de traitement à Sault Ste-Marie, à Barrie, à Newmarket, à Niagara, et à Kingston. De nouvelles installations de traitement sont maintenant ouvertes à Newmarket et à Ottawa. La construction à Algoma, à Barrie, à Niagara à Kingston, ainsi que la rénovation du présent centre à Ottawa se fait selon les délais prévus; et
- Travailler en fonction des contraintes de processus d'approvisionnement actuels afin d'offrir l'équipement à temps pour les projets de construction et les initiatives de fonds de remplacement.

Parmi les activités d'infrastructure prévues pour l'année à venir, mentionnons :

- L'obtention de financement pour des unités de radiothérapie additionnelles à Durham, Grand River et Newmarket;

- Évaluation de l'échéancier de développement des nouvelles installations de traitement du cancer en fonction des hypothèses de planification mises à jour concernant les taux d'utilisation de la radiothérapie et l'incidence du cancer;
- Le suivi et l'accès à l'introduction des nouvelles technologies de radiothérapie et les nouvelles techniques surtout en ce qui a trait aux unités CyberKnife (voir ci-dessous) à Ottawa et à Hamilton et la mise à jour du plan d'investissement en capitaux, le cas échéant;
- S'assurer que tous les investissements en capitaux approuvés se fassent dans les délais pour offrir de nouvelles installations de traitement à Sault Ste-Marie, à Barrie, à Newmarket, à Niagara et à Kingston;
- Déplacement de la chambre radioprotégée de radiothérapie provisoire à Ottawa pour offrir des soins dans une nouvelle région; et
- La gestion du processus de fonds de remplacement en radiothérapie afin de distribuer le financement en fonction des priorités provinciales et travailler en vue d'obtenir plus de financement afin de mieux répondre à la quantité grandissante de matériel de radiothérapie vieillissant et admissible au remplacement.

#### **RADIOCHIRURGIE ROBOTISÉE CYBERKNIFE**

L'Ontario a marqué une étape importante en 2009/10 avec l'annonce de la première option de traitement par radiochirurgie robotique, CyberKnife. Le traitement CyberKnife offre aux patients une alternative efficace à la chirurgie pour certains cancers. Suite à la soumission d'un processus d'examen d'un comité d'expert, le centre anticancéreux Juravinski à Hamilton et l'Hôpital d'Ottawa ont été sélectionnés pour offrir le nouveau traitement. L'unité CyberKnife à Hamilton a commencé à traiter des patients en juillet 2010. L'hôpital d'Ottawa prévoit commencer le traitement des patients dès l'automne 2010.

Le système CyberKnife est le seul et premier système de radiochirurgie robotisée au monde conçu pour traiter les tumeurs quel que soit leur emplacement dans le corps avec une précision clinique submillimétrique. Au Canada, cette forme de radiothérapie n'était offerte avant que dans un centre de cancérologie au Québec.

Contrairement à un appareil de radiothérapie traditionnel, qui émet une radiation de manière linéaire, le système CyberKnife comporte un bras robotisé qui peut se déplacer autour du patient pour émettre la radiation. Il comporte un système de suivi sophistiqué qui se sert de rayons X pour s'assurer que le faisceau de radiation est précisément dirigé là où le

patient a besoin de traitement. En outre, cette approche guidée par l'image corrige tout mouvement, comme pendant la respiration, en continu, afin de garantir que le faisceau soit en position optimale au cours du traitement complet.

#### **CENTRE DE CONSULTATION POUR PROGRAMME DE FORMATION**

Le Centre de consultation pour programme de formation (CCPF) continue à appuyer le système de contrôle du tabac à l'aide de formations et d'aide technique dans les zones prioritaires négociées avec la division Ontario sans fumée du Ministère de la promotion de la santé et d'autres centres de ressources.

## **B. ACCÈS AUX SOINS**

### **ACCÈS À LA STRATÉGIE DE SOINS**

Le Programme d'accès aux soins (AAS) est composé d'initiatives de technologie de l'information et de gestion de l'information avec comme unique objectif stratégique, l'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'efficacité des soins des patients et du suivi des patients au fur et à mesure de leur cheminement. Le mandat du portefeuille AAS est le développement et la mise en œuvre de stratégies d'information et de systèmes d'information pour venir appuyer l'accès amélioré aux soins, l'exploitation continue de systèmes d'information, l'analyse de données et les déclarations.

#### **Aperçu du programme AAS**

Le programme AAS comprend actuellement les initiatives suivantes :

- Programme d'information des temps d'attente (PITA)
- Programme de cibles d'efficacité chirurgicale (PCEC)
- Stratégie d'information en salle d'urgence/autre niveau de soins (SU/ANS)
  - ° Plan de rapports et d'analyses en salle d'urgence/autre niveau de soins
  - ° Définition provinciale de l'ANS
  - ° Système d'information du temps d'attente pour un ANS
  - ° Alignement des ressources et projet de référence ANS
  - ° Avis SU – Centre d'accès aux soins communautaires (CASC)

- ° Initiative de système de déclaration de soins ambulatoires nationaux en salle d'urgence (SDSANSU), (ERNI) (anciennement l'amélioration du système de déclaration de soins d'urgence (SDSU))

L'ACO est en mesure de créer des rapports de progrès mesurable des avancées de plusieurs composantes.

#### **PROGRAMME D'INFORMATION DES TEMPS D'ATTENTE (PITA)**

Ce programme gère le système d'information des temps d'attente (PITA), un système à l'échelle de la province qui suit, mesure et fait rapport des temps d'attente en chirurgie et en imagerie diagnostique. Les essais de l'intégration du système ont commencé le 7 juillet 2009.

Les faits saillants précoces du déploiement du programme d'information de temps d'attente (PITA) comprennent l'augmentation de l'établissement de rapports en chirurgie pédiatrique à toutes les spécialités chirurgicales dans trois hôpitaux; deux hôpitaux ont augmenté leur établissement de rapports des procédures d'imagerie diagnostique uniquement à toutes les spécialités chirurgicales; cinq hôpitaux ont migré vers un niveau de chirurgie complexe (CC) d'intégration du PITA; le PITA a été lancé dans huit nouveaux hôpitaux financés avec temps d'attente; et le lancement de la nouvelle application PITA qui permet aux hôpitaux de gérer leurs plans de procédure de chirurgie et leur IRM-TEP sans devoir passer par le bureau d'information des temps d'attente.

#### **PROGRAMME DE CIBLES D'EFFICACITÉ CHIRURGICALE (PCEC)**

PCEC recueille des données sur la performance en bloc opératoire afin de suivre les processus et identifier les domaines qui comportent des problèmes de performance dans le volet péri-opératoire de l'ensemble des soins. Le 14 juillet 2009, les activités du PCEC sont passées du Réseau de santé de l'Université (RSU) à l'ACO où il se trouve aujourd'hui, au sein du programme d'accès aux soins de l'ACO.

La transition réussie du PCEC du RSU à l'ACO comprenait le nouveau lancement du comité consultatif du PCEC en vertu des nouvelles attributions. Parmi les activités subséquentes, mentionnons :

- Mises à jour spécifiques à l'Ontario pour la feuille de route collaborative de jalons en bloc opératoire afin de faciliter l'alignement avec les rapports futurs au ministère et aux RLIS;

- Rapports mensuels au ministère dès septembre 2009 et rapports mensuels aux RLIS dès février 2010;
- Approbation du ministère du plan d'utiliser le PCEC comme principal outil pour suivre l'utilisation provinciale de la liste de vérification de sécurité chirurgicale.
- Distribution du dictionnaire de données PCEC et du guide de standardisation de données aux hôpitaux; et
- Lancement du programme de qualité et de conformité des données PCEC afin d'aligner les processus du programme aux normes de l'AAS.

### **STRATÉGIE D'INFORMATION EN SALLE D'URGENCE/AUTRE NIVEAU DE SOINS (SU/ANS)**

L'accès à un comité d'experts en soins, sous la direction de eHealth Ontario, a développé une stratégie d'information exhaustive pour appuyer la stratégie de temps d'attente SU/ANS. Cette stratégie d'information est mise en œuvre par le programme AAS. En outre, l'équipe d'informatique de l'accès aux soins chez Action Cancer Ontario a développé un plan de rapports et d'analyses SU/ANS afin de venir appuyer la stratégie SU/ANS globale. Ce plan de rapports et d'analyses garantira que les besoins en information SU/ANS du public, du ministère, des RLIS et des hôpitaux seront respectés. Le plan garantira également que les données SU/ANS déclarées soient de la meilleure qualité afin que les intervenants puissent se servir des données les plus exactes pour suivre et améliorer la performance en SU/ANS.

À titre de composante clé de la stratégie d'information en SU/ANS de l'Ontario, le programme d'information de temps d'attente à l'ACO a collaboré avec les intervenants en soins de la santé de la province en entier afin de développer une définition d'ANS provinciale. Cette définition provinciale standardisée et exhaustive était une des premières étapes importantes pour l'obtention de données de patients ANS en attente dans tous les hôpitaux aigus et post-aigus de l'Ontario. Les données aideront à améliorer le flux des patients, à diminuer les temps d'attente en SU et permettra aux preneurs de décisions d'identifier le service et les ressources nécessaires dans les hôpitaux et les communautés.

En octobre 2009, le projet de définition provinciale de l'ASN a gagné un prix pour l'Excellence en leadership de la part de l'Excellence en projets canadiens.

### **SYSTÈME D'INFORMATION DU TEMPS D'ATTENTE POUR UN AUTRE NIVEAU DE SOINS**

L'ACO continue de travailler étroitement avec les prestataires de soins de la santé afin de s'assurer que tous les hôpitaux aigus et post-aigus à l'échelle de l'Ontario se servent de la définition pour les patients entrant la catégorie Autre niveau de soins.

Le système d'information des temps d'attente est en cours d'expansion pour obtenir les données des patients ANS et on prévoit son déploiement complet pour l'été 2011.

En fonction du besoin d'accès à des données ANS plus complètes et standardisées qui peuvent être comparées à l'échelle de la province, le ministère a demandé au programme d'information des temps d'attente de l'ACO de créer une solution de cueillette mandat du RRO.

#### **1. Programme de gestion provincial**

Action Cancer Ontario a tiré profit de sa vaste expérience en amélioration de la qualité et de la responsabilisation des services de lutte contre le cancer lorsqu'il a mis en place le RRO.

Le RRO comporte une équipe de direction provinciale, un personnel et des structures consultatives, y compris un comité de liaison hospitalier, un comité consultatif clinique, un comité consultatif pour les données et une table provinciale.

Outre cela, les chartes des trois comités de direction (gouvernance et nominations; normes cliniques, lignes directrices, qualité et recherche; et planification et performance) ont été modifiées pour assurer la surveillance des activités du RRO.

Le développement d'un nouveau modèle de financement pour la mise en œuvre en 2010/11 a déjà commencé, se fondant sur le travail antérieur complété par le comité conjoint en politique et planification.

Le comité consultatif clinique du RRO a développé une série préliminaire d'indicateurs de la qualité basés sur des lignes directrices généralement acceptées publiées par la National Kidney Foundation aux États-Unis (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) et par la Société canadienne de néphrologie.

Les ententes de responsabilisation et de financement avec les fournisseurs ont été signées et le processus de nouvelle allocation du financement par volume

incrémental en 2009/10 a été complété par le RRO en collaboration avec les programmes régionaux de Maladies rénales chroniques (MRC) et le ministère.

Un plan de capacité de dialyse provinciale est en cours et devrait être terminé d'ici le mois de juillet 2010.

## **2. Programme de gestion régional**

Le RRO établit la direction nécessaire pour attirer les intervenants et promouvoir l'échéancier du programme MRC provincial dans chaque RLIS.

En automne 2009, deux membres de l'équipe de direction RRO ont visité chaque programme MRC dans les 14 RLIS et ont créé les relations nécessaires et ont obtenu une compréhension des défis locaux en vue de faciliter le travail en cours du RRO.

Le recrutement de directeurs régionaux pour chaque RLIS a été complété. Les attributions pour les comités directeurs MRC de chaque RLIS sont en développement et le recrutement de la direction clinique est en cours.

## **3. Mesure du rendement et gestion**

Une ébauche du cycle de mesure du rendement et de la gestion pour suivre le progrès (des processus et des résultats) et mesurer le succès global de chaque stratégie MRC provinciale, a été développée et est en cours d'examen.

Dix-sept indicateurs ont été identifiés pour mesurer et faire rapport de la qualité, de l'accès, de la responsabilisation et des résultats des services MRC en Ontario. Un manuel qui détaille la manière dont sont calculés ces indicateurs est terminé et un rapport de base est en cours de préparation.

## **4. Technologies de l'information**

Le registre des maladies du rein (RMR) a été transféré du RSU au RRO, y compris deux membres du personnel du registre des maladies du rein et toutes les données précédemment recueillies par le registre.

Le RRO a épaulé le RMR à l'aide d'un sondage exceptionnel pour obtenir toutes les prévalences patients non inclus au RMR, entraînant la création du système de déclaration rénale de l'Ontario. Le RRO possède maintenant des données comparables de tous les fournisseurs MRC (hôpitaux, installations de santé satellites et indépendantes) en Ontario, ce qui lui permet de créer un rapport de base sur la qualité et qui servira de base au travail futur sur l'amélioration de la qualité et la création de cibles.

Le travail en vue d'une interface électronique qui permet la cueillette de données électroniques des

fournisseurs de service MRC est en cours ainsi que le développement d'exigences pour une solution TI plus complète pour le programme MRC.

## **5. Communications et relations avec les intervenants**

Le bon engagement des intervenants est reconnu comme étant la clé du succès du RRO.

En juin 2009, l'ACO et le ministère ont animé une assemblée générale avec une large palette d'intervenants qui ont lancé le RRO.

Le RRO a maintenant son propre site Internet, [www.ontario.ca/ro](http://www.ontario.ca/ro) et son bulletin d'informations, *ORN Connects*.

## **RESSOURCES HUMAINES**

Au cours de l'exercice 2009-10, le personnel de l'ACO s'est accru suite à l'expansion de notre domaine de compétence et de notre mandat, surtout dans le secteur de l'Accès aux soins, de la tomographie par émission de positron et du Réseau rénal de l'Ontario. Pendant l'exercice 2009-10, le total d'ETP de l'ACO était de 640.80.



Le 25 mai, 2010

## Responsabilité de la direction à l'égard de l'information financière

La direction et le conseil d'administration sont responsables des états financiers ainsi que de toute autre information contenue dans le présent rapport. Les états financiers ont été dressés par la direction conformément aux principes comptables généralement reconnus et renferment, s'il y a lieu, des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations de la direction.

Action Cancer Ontario tient à respecter les normes les plus élevées en matière d'intégrité et de services aux patients. Pour protéger son actif, l'organisme a mis en place un ensemble solide et dynamique de contrôles et de procédés financiers internes traduisant un bon équilibre coûts-avantages. La direction a élaboré et maintient des contrôles financiers et administratifs, des systèmes d'information et des pratiques de gestion de manière à fournir une assurance raisonnable quant à la fiabilité de l'information financière. Des vérifications internes sont effectuées pour évaluer les systèmes et pratiques de gestion, et des rapports sont remis au comité de vérification et des finances.

Par l'intermédiaire du comité de vérification et des finances, le conseil d'administration veille à ce que la direction assume ses responsabilités à l'égard de l'information financière et du contrôle interne. Le comité supervise les activités financières d'Action Cancer Ontario et revoit les états financiers ainsi que le rapport des vérificateurs externes.

Les états financiers ont été examinés par le bureau du vérificateur général de l'Ontario. Il incombe au vérificateur général d'exprimer son opinion quant à savoir si les états financiers donnent une image fidèle des résultats conformément aux principes comptables généralement reconnus. Dans son rapport, le vérificateur général fait part de son examen et de son opinion.

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2010, il incombait au conseil d'administration d'Action Cancer Ontario, par l'intermédiaire du comité de vérification et des finances, de s'assurer que la direction avait assumé ses responsabilités en ce qui concerne la présentation de l'information financière et les contrôles internes. Le comité rencontre régulièrement la direction, le vérificateur interne et le vérificateur général pour s'assurer que chaque partie s'est bien acquittée de ses fonctions respectives et pour examiner les états financiers avant de recommander leur approbation par le conseil d'administration. Le vérificateur général a directement et pleinement accès au comité de vérification et des finances, en présence ou non de la direction, afin de discuter de sa vérification et de ses conclusions quant à l'intégrité de l'information financière et à l'efficacité des contrôles internes.

Au nom de la direction d'Action Cancer Ontario,

Le président et chef de la direction,

Terrence Sullivan, Ph. D.

Le vice-président et chef des finances,

Elham Roushani, BSc, CA



Office of the Auditor General of Ontario  
Bureau du vérificateur général de l'Ontario

*Rapport du vérificateur*

À Action Cancer Ontario  
et au ministre de la Santé et des Soins de longue durée

J'ai vérifié le bilan de Action Cancer Ontario au 31 mars 2010 et les états des résultats, de l'évolution des soldes de fonds et des flux de trésorerie de l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction de Action Cancer Ontario. Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en me fondant sur ma vérification.

Ma vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À mon avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de Action Cancer Ontario au 31 mars 2010 ainsi que des résultats de son exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada.

Box 105, 15th Floor  
20 Dundas Street West  
Toronto, Ontario  
MSG 2C2  
416-327-2381  
fax 416-326-3812

S.P. 105, 15<sup>e</sup> étage  
20, rue Dundas ouest  
Toronto (Ontario)  
MSG 2C2  
416-327-2381  
télécopieur 416-326-3812

[www.auditor.on.ca](http://www.auditor.on.ca)

Toronto (Ontario)  
Le 25 mai 2010

Gary R. Peall, CA  
Sous-vérificateur général  
Expert-comptable autorisé

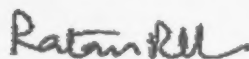
## Action Cancer Ontario

### Bilan

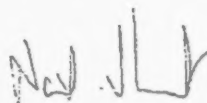
(en milliers de dollars)  
aux 31 mars

	2010	2009
<b>Actif</b>		
Actif à court terme		
Trésorerie et équivalents de trésorerie (note 4)	106 331 \$	172 210 \$
Placements à court terme (note 5)	30 044	-
Débiteurs et charges payées d'avance (note 6)	36 912	15 416
	<u>173 287</u>	<u>187 626</u>
Placements à long terme (note 5)	50 080	30 046
Immobilisations (note 7)	<u>97 542</u>	<u>89 397</u>
	<u>320 909 \$</u>	<u>307 069 \$</u>
<b>Passif</b>		
Passif à court terme		
Créditeurs et charges à payer (note 8)	135 877 \$	117 039 \$
Subventions de fonctionnement reportées (note 9a)	37 434	44 649
	<u>173 311</u>	<u>161 688</u>
Apports reportés pour immobilisations (note 9b)	101 786	97 323
Charges complémentaires de retraite (note 10b)	3 356	3 326
	<u>278 453</u>	<u>262 337</u>
Soldes de fonds		
Dotation	2 317	2 317
Affectations d'origine interne et externe	23 822	26 905
Administration générale - Non grevés d'affectations	14 585	12 904
Investi en immobilisations	1 732	2 606
	<u>42 456</u>	<u>44 732</u>
	<u>320 909 \$</u>	<u>307 069 \$</u>
Engagements (note 17)		
Éventualité (note 18)		
Garanties (note 20)		

Au nom du conseil,



Administrateur



Administrateur

Voir les notes complémentaires.

# Action Cancer Ontario

## Résultats

(en milliers de dollars)

Exercice terminé le 31 mars 2010

	Fonds affecté		Fonds d'administration générale		Total	
	2010	2009	2010	2009 (retraité, voir la note 2)	2010	2009 (retraité, voir la note 2)
<b>Produits</b>						
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD)	- \$	- \$	697 165 \$	650 061 \$	697 165 \$	650 061 \$
Apports en capital du MSSLD pour les programmes intégrés de cancérologie (note 2)	-	-	16 232	12 379	16 232	12 379
Ministère de la Promotion de la santé	-	-	3 066	3 061	3 066	3 061
Produits nets de placement (perte nette) (note 12)	41	(3 382)	1 090	2 979	1 131	(403)
Amortissement des apports reportés pour immobilisations (note 9b)	-	-	28 303	22 520	28 303	22 520
Autres (note 13)	10 947	10 558	7 780	8 019	18 727	18 577
	<u>10 988</u>	<u>7 176</u>	<u>753 636</u>	<u>699 019</u>	<u>764 624</u>	<u>706 195</u>
<b>Charges</b>						
Services fournis dans le cadre des programmes intégrés de cancérologie	2 025	1 153	284 942	278 226	286 967	279 379
Médicaments	-	-	199 094	184 965	199 094	184 965
Services médicaux	411	22	54 036	49 155	54 447	49 177
Salaires et avantages sociaux	3 117	3 183	52 367	39 264	55 484	42 447
Services chirurgicaux – hôpitaux	-	-	49 475	38 411	49 475	38 411
Amortissement des immobilisations	121	-	28 552	22 900	23 673	22 900
Services de consultation (note 14)	497	665	22 687	29 333	23 184	29 998
Apports en capital aux programmes intégrés de cancérologie (note 2)	-	-	16 232	12 379	16 232	12 379
Autres programmes hospitaliers de lutte contre le cancer	-	-	14 958	9 178	14 958	9 178
Services acquis	5 472	2 620	13 491	12 843	18 963	15 463
Autres charges de fonctionnement (note 15)	1 638	1 561	9 767	13 845	11 405	15 406
Charges de retraite (note 10a)	-	-	3 976	3 083	3 976	3 083
Coûts d'occupation	217	34	3 162	3 001	3 379	3 035
Perte sur la cession d'immobilisations	-	-	441	-	441	-
Charges complémentaires de retraite (note 10b)	-	-	222	227	222	227
	<u>13 498</u>	<u>9 238</u>	<u>753 402</u>	<u>696 810</u>	<u>766 900</u>	<u>706 048</u>
(Insuffisance) excédent des produits par rapport aux charges	<u>(2 510) \$</u>	<u>(2 062) \$</u>	<u>234 \$</u>	<u>2 209 \$</u>	<u>(2 276) \$</u>	<u>147 \$</u>

Voir les notes complémentaires.

## Action Cancer Ontario

### Évolution des soldes de fonds

(en milliers de dollars)

Exercice terminé le 31 mars 2010

	2010				2009
	Fonds affectés		Fonds non affectés	Investis en immobilisations	
	Fonds de dotation	Autres			Total
Soldes de fonds au début	2 317 \$	26 905 \$	12 904 \$	2 606 \$	44 732 \$
(Insuffisance) excédent des produits par rapport aux charges	-	(2 510)	234	-	(2 276)
Variation nette des investis en immobilisations (note 11)	-	115	759	(874)	-
Virements interfonds (note 16)	-	(688)	688	-	-
Soldes de fonds à la fin	2 317 \$	23 822 \$	14 585 \$	1 732 \$	42 456 \$

Voir les notes complémentaires.

## Action Cancer Ontario

### Flux de trésorerie

(en milliers de dollars)

Exercice terminé le 31 mars

	2010	2009
Augmentation (diminution) de la trésorerie et des équivalents de trésorerie		
<b>Fonctionnement</b>		
(Insuffisance) excédent des produits par rapport aux charges	(2 276)\$	147 \$
Amortissement des immobilisations	28 673	22 900
Amortissement des apports reportés pour immobilisations	(28 303)	(22 520)
Perte réalisée sur la cession de placements à long terme	-	4 063
Perte sur la cession d'immobilisations	441	-
Charge au titre des prestations constituées relative aux avantages complémentaires de retraite	222	227
Avantages complémentaires de retraite payés	(192)	(198)
	(1 435)	4 619
Variation nette des éléments hors trésorerie du fonds de roulement		
Débiteurs	(21 496)	39 215
Créditeurs et charges à payer	18 838	8 084
Subventions de fonctionnement reportées	(7 215)	4 666
	(9 873)	51 965
	(11 308)	56 584
<b>Investissement</b>		
Placements à court terme	(30 044)	-
Placements à long terme, montant net	(20 034)	(5 680)
Acquisition d'immobilisations	(37 329)	(31 933)
Produit sur la cession d'immobilisations	70	-
	(87 337)	(37 613)
<b>Financement</b>		
Montants reçus liés aux immobilisations	32 766	29 019
(Diminution) augmentation de la trésorerie et des équivalents de trésorerie	(65 879)	47 990
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début	172 210	124 220
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin	106 331 \$	172 210 \$

Voir les notes complémentaires.

---

## Action Cancer Ontario

### Notes complémentaires

(en milliers de dollars)  
au 31 mars 2010

---

Le gouvernement de l'Ontario a approuvé la création d'Action Cancer Ontario (l'« organisme ») le 29 avril 1997 pour promouvoir les services aux patients atteints d'un cancer et pour améliorer les résultats, la qualité et l'efficacité des services de cancérologie. Les services de cancérologie comprennent la prévention, le dépistage précoce, le diagnostic, le traitement, les soins de soutien, la recherche et la formation. L'organisme a été constitué en 1943 sous le nom de La Fondation ontarienne pour la recherche en cancérologie et le traitement du cancer, en vertu d'une loi de la province d'Ontario, et a été renommé Action Cancer Ontario en 1997. L'organisme est un organisme de bienfaisance enregistré au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada). Les membres du conseil d'administration et des comités du conseil d'administration sont des bénévoles dont les services ne sont pas rémunérés.

Aux termes de l'entente d'intégration des programmes de lutte contre le cancer, l'organisme finance des programmes intégrés de cancérologie (« PIC ») dans divers hôpitaux en échange de services convenus de traitement du cancer.

La mission de l'organisme est d'améliorer le fonctionnement du système de traitement du cancer en Ontario en assurant la qualité, la responsabilisation et l'innovation dans tous les services liés à la lutte contre le cancer. Cette mission met l'accent sur la gestion du rendement.

Au cours de juin 2009, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (« MSSLD ») a donné à l'organisme le mandat de gérer le rendement du programme sur les maladies rénales chroniques en Ontario.

---

#### 1. Principales conventions comptables

Les états financiers de l'organisme ont été dressés par la direction à l'aide des principes comptables généralement reconnus du Canada.

##### Comptabilité par fonds

Le fonds de dotation présente les apports grevés d'affectations d'origine externe aux termes desquelles les ressources apportées doivent être préservées en permanence, à moins d'être spécifiquement retirées par le donateur. Les produits de placement affecté provenant des ressources du fonds de dotation sont comptabilisés comme produits du fonds affecté.

Le fonds affecté présente toutes les autres ressources grevées d'affectations d'origine externe et interne. Ces ressources servent principalement à la recherche et à la formation. Elles comprennent les dons et les subventions dont l'utilisation a été soumise à des restrictions particulières par le donateur, ou qui ont été reçus par un centre de cancérologie particulier et réservés à un usage particulier par celui-ci ou ont fait l'objet d'une affectation interne établie par le Conseil d'administration.

Le fonds d'administration générale sert à comptabiliser les programmes et les activités administratives de l'organisme qui sont financés par le MSSLD et le ministère de la Promotion de la santé (« MPS »). Ce fonds présente les ressources non affectées et les subventions de fonctionnement affectées.

---

## **Action Cancer Ontario**

### **Notes complémentaires**

au 31 mars 2010  
(en milliers de dollars)

---

#### **1. Principales conventions comptables (suite)**

##### **Apports**

L'organisme utilise la méthode du report pour la comptabilisation des apports affectés liés aux programmes financés par le MSSLD, le MPS et les autres programmes financés qui sont comptabilisés à titre de produits du fonds d'administration générale dans l'exercice au cours duquel les charges connexes sont engagées. L'organisme utilise la méthode de la comptabilité par fonds affectés pour tous les autres apports affectés qui sont comptabilisés à titre de produits du fonds affecté approprié dans l'exercice au cours duquel ils sont reçus.

Les apports non affectés sont comptabilisés à titre de produits du fonds d'administration générale lorsque le montant peut faire l'objet d'une estimation raisonnable et que le recouvrement est probable.

Les apports destinés à l'achat d'immobilisations sont comptabilisés à titre d'apports reportés pour immobilisations et sont amortis selon la même méthode que celles des immobilisations connexes.

Les apports pour dotation sont comptabilisés à titre de produits du fonds de dotation dans l'exercice au cours duquel ils sont reçus.

##### **Trésorerie et équivalents de trésorerie**

La trésorerie et les équivalents de trésorerie se composent de dépôts bancaires, de certificats de dépôt et de placements à court terme dont l'échéance initiale est d'au plus trois mois.

##### **Placements**

Les placements sont classés comme étant détenus à des fins de transaction et sont inscrits au bilan à leur juste valeur. Les opérations de placement sont comptabilisées en fonction de la date de règlement et les coûts d'opération sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

##### **Immobilisations**

Les immobilisations sont comptabilisées au coût. Toutes les immobilisations sont amorties selon la méthode de l'amortissement linéaire au taux de 20 % par an. Les frais liés aux logiciels sont passés en charges au cours de l'exercice d'acquisition.

Le terrain et les bâtiments de quatre pavillons donnés par la Société canadienne du cancer – Division de l'Ontario sont comptabilisés à une valeur symbolique, car leur valeur actuelle ne peut être déterminée au prix d'un effort raisonnable.

##### **Dépréciation d'actifs à long terme**

Une charge de dépréciation est comptabilisée pour les actifs à long terme lorsqu'un événement ou un changement de situation fait en sorte que la valeur comptable d'un actif excède le total des flux de trésorerie non actualisés qui résulteront vraisemblablement de l'utilisation et de la sortie éventuelle de l'actif. La perte de valeur est calculée comme l'écart entre la juste valeur et la valeur comptable de l'actif.

---

## Action Cancer Ontario

### Notes complémentaires

au 31 mars 2010  
(en milliers de dollars)

---

#### 1. Principales conventions comptables (suite)

##### Charges de retraite et régime d'avantages complémentaires de retraite

###### i) Charges de retraite

L'organisme comptabilise sa participation au Healthcare of Ontario Pension Plan (« HOOPP »), régime de retraite interentreprises à prestations déterminées, comme s'il s'agissait d'un régime à cotisations déterminées, étant donné que l'organisme ne dispose pas des renseignements nécessaires pour la comptabiliser comme une participation à un régime à prestations déterminées.

###### ii) Charges complémentaires de retraite

Les charges au titre du régime d'avantages complémentaires de retraite sont déterminées par calcul actuariel selon la méthode de répartition des prestations au prorata des services et sont passées en charges à mesure que les services sont rendus.

L'obligation transitoire liée à l'adoption de cette convention comptable est amortie sur le nombre prévu d'années qu'il reste à vivre aux retraités admissibles.

##### Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers exige que la direction fasse des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants comptabilisés au titre de l'actif et du passif et sur la présentation des actifs et des passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants comptabilisés au titre des produits et des charges de l'exercice visé. Les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

---

#### 2. Modifications des informations comptables

Le 1<sup>er</sup> avril 2009, l'organisme a adopté de façon rétrospective les recommandations du chapitre 4400 du *Manuel de l'ICCA*, « Présentation des états financiers des organismes sans but lucratif », qui a éliminé l'exigence de présenter les actifs nets investis en immobilisations comme un élément distinct des actifs nets et il a également clarifié la présentation des montants bruts des produits et des charges lorsque l'entité agit pour son propre compte dans le cadre d'une opération. L'organisme a choisi de continuer à classer le montant des actifs nets investis en immobilisations comme un élément distinct des actifs nets. La présentation des montants bruts des produits et des charges s'est traduite par le retraitement des montants nets déjà présentés. Par conséquent, les produits et les charges ont augmenté chacun d'un montant de 12 379 \$ en 2009, il n'y a donc eu aucune incidence sur l'insuffisance des produits par rapports aux charges en 2009.

Le 1<sup>er</sup> avril 2009, le chapitre 4460, « Présentation de l'information sur les opérations entre apparentés dans les états financiers des organismes sans but lucratif », a été modifié afin de concorder avec la définition des apparentés donnée dans le chapitre 3840 du *Manuel de l'ICCA*, intitulé « Opérations entre apparentés ». L'adoption de cette norme n'a eu aucune incidence sur les états financiers de l'organisme.

---

## **Action Cancer Ontario**

### **Notes complémentaires**

au 31 mars 2010

(en milliers de dollars)

---

#### **2. Modifications des informations comptables (suite)**

Le 1<sup>er</sup> avril 2009, le chapitre 4470, « Ventilation des charges des organismes sans but lucratif – informations à fournir », établit les normes de présentation d'un organisme sans but lucratif qui classe ses charges par fonction et ventile des charges entre les différentes fonctions auxquelles elles se rattachent. L'adoption de cette norme n'a eu aucune incidence sur les états financiers de l'organisme.

---

#### **3. Informations à fournir sur le capital**

La structure de capital de l'organisme est constituée des soldes des fonds de dotation, des fonds grevés d'affectations d'origine interne et externe, des fonds non affectés (fonds d'administration générale), des investis en immobilisations et des apports reportés en immobilisations.

L'objectif de l'organisme en matière de gestion de capital est de préserver sa capacité à poursuivre ses activités, afin de continuer à fournir le niveau adéquat d'avantages et de services à ses parties prenantes.

Une partie du capital de l'organisme est affectée dans la façon dont l'organisme utilise ses apports grevés d'affectations externes comme il est expliqué à la note 1. L'organisme emploie des procédures de contrôle interne afin de veiller à ce que les restrictions soient respectées avant l'utilisation de ces ressources et afin d'être en conformité avec ces restrictions tout au long de l'exercice.

L'organisme fixe les montants des soldes de fonds en proportion du risque; il gère sa structure de capital et y apporte des rajustements en fonction des changements qui touchent la conjoncture économique et des caractéristiques de risque des actifs sous-jacents.

---

#### **4. Trésorerie et équivalents de trésorerie – grevés d'affectation**

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent un montant de 402 \$ (400 \$ en 2009) grevés d'affectation puisqu'il s'agit de sommes liées à un régime de retraite qui a été dissous et elles sont détenues par un tiers au cas où d'anciens membres déposeraient une demande. Ces sommes sont assujetties à des affectations d'origine externe et ne sont pas disponibles pour une utilisation à des fins générales.

## Action Cancer Ontario

### Notes complémentaires

au 31 mars 2010  
(en milliers de dollars)

#### 5. Placements

	2010	2009
Certificat de placement garanti, au taux d'intérêt de 2,0 %, échéant le 4 septembre 2010	30 044 \$	30 046 \$
Certificat de placement garanti, au taux d'intérêt de 2,1 %, échéant le 3 mars 2012	10 017	-
Certificat de placement garanti, au taux d'intérêt de 2,05 %, échéant le 5 mars 2012	40 063	-
	80 124	30 046
Déduction faite des échéances à moins d'un an	30 044	-
	50 080 \$	30 046 \$

#### 6. Débiteurs et charges payées d'avance

	2010	2009
Débiteurs	2 396 \$	4 031 \$
À recevoir du MSSLD	34 329	10 622
À recevoir des fondations communautaires	-	436
Charges payées d'avance	187	327
	36 912 \$	15 416 \$

#### 7. Immobilisations

			2010	2009
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Matériel thérapeutique et autre matériel technique	255 955 \$	162 117 \$	93 838 \$	84 342 \$
Mobilier et matériel de bureau et améliorations locatives	5 887	2 183	3 704	5 055
	261 842 \$	164 300 \$	97 542 \$	89 397 \$

Le coût du matériel thérapeutique ci-dessus comprend des dépôts de 12 405 \$ (25 655 \$ en 2009). Ces montants seront amortis dès que le matériel sera prêt à être mis en service.

## Action Cancer Ontario

### Notes complémentaires

au 31 mars 2010  
(en milliers de dollars)

#### 8. Crédoiteurs et charges à payer

	2010	2009
Fournisseurs	67 762 \$	59 142 \$
Charges à payer et autres	56 990	51 995
À payer au MSSLD et au MPS	10 723	5 902
Sommes détenues par des tiers au titre d'un régime de retraite	402	400
	<u>135 877 \$</u>	<u>117 039 \$</u>

#### 9. Apports reportés

##### a) Subventions de fonctionnement reportées

Les subventions de fonctionnement reportées représentent les ressources non dépensées liées aux programmes financés par le MSSLD, le MPS et d'autres programmes. Les sommes non dépensées sont conservées aux fins d'utilisation au cours de périodes subséquentes, ou aux fins de règlement par les ministères respectifs. La variation des soldes des subventions de fonctionnement reportées est présentée ci-dessous :

	2010	2009
Solde au début	44 649 \$	39 983 \$
Sommes reçues au titre de périodes subséquentes	16 672	20 222
Sommes comptabilisées à titre de produits	(19 063)	(6 104)
Sommes rendues au MSSLD	(4 824)	(9 452)
Solde à la fin	<u>37 434 \$</u>	<u>44 649 \$</u>

##### b) Apports reportés pour immobilisations

Les apports reportés pour immobilisations représentent le montant non amorti et non dépensé des fonds reçus en vue de l'acquisition d'immobilisations. La variation du solde des apports reportés pour immobilisations survenue pendant l'exercice est présentée ci-dessous :

	2010	2009
Solde au début	97 323 \$	90 824 \$
Sommes reçues relativement à des immobilisations	32 766	29 019
Sommes comptabilisées à titre de produits	(28 303)	(22 520)
Solde à la fin	<u>101 786 \$</u>	<u>97 323 \$</u>

## Action Cancer Ontario Notes complémentaires

au 31 mars 2010  
(en milliers de dollars)

### 9. Apports reportés (suite)

Le solde des apports reportés pour immobilisations est constitué des éléments ci-dessous :

	2010	2009
Apports non amortis utilisés pour l'acquisition d'immobilisations	95 810 \$	86 791 \$
Apports inutilisés	5 976	10 415
Solde à la fin de l'exercice	101 786 \$	97 323 \$

### 10. Charges de retraite et régime d'avantages complémentaires de retraite

#### a) Charges de retraite

Les salariés de l'organisme participent au HOOPP, un régime de retraite interentreprises à prestations déterminées. Les participants du HOOPP reçoivent des prestations fondées sur le nombre de leurs années de service et sur leur salaire moyen annualisé pendant la période de cinq années consécutives au cours de laquelle ils ont été mieux rémunérés avant leur retraite, leur cessation d'emploi ou leur décès.

Les cotisations versées au HOOPP par l'organisme au cours de l'exercice, pour les salariés, se sont établies à 3 976 \$ (3 083 \$ en 2009) et sont incluses dans les charges de retraite dans les résultats.

#### b) Avantages complémentaires de retraite

L'organisme offrait à ses employés retraités des avantages complémentaires de retraite. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, l'organisme n'offre plus d'avantages complémentaires de retraite à ses salariés actifs. Les prestations versées au cours de l'exercice au titre de ce régime sans capitalisation se sont élevées à 192 \$ (198 \$ en 2009).

Au cours de l'exercice, l'organisme a diminué de 457 \$ son obligation au titre des prestations constituées (augmentation de 81 \$ en 2009) par suite de la dernière évaluation actuarielle du régime d'avantages complémentaires de retraite en date du 1<sup>er</sup> avril 2010. La prochaine évaluation est prévue en avril 2011.

Les renseignements relatifs au régime d'avantages complémentaires de retraite de l'organisme figurent ci-dessous :

	2010	2009
Obligation au titre des prestations constituées	(2 951) \$	(3 408) \$
Gain actuariel non amorti	(1 132)	(716)
Obligation transitoire nette non amortie	727	798
Passif net au titre des prestations constituées	(3 356) \$	(3 326) \$

## Action Cancer Ontario

### Notes complémentaires

au 31 mars 2010  
(en milliers de dollars)

#### 10. Charges de retraite et régime d'avantages complémentaires de retraite (suite)

La valeur actualisée déterminée par calcul actuariel de l'obligation au titre des prestations constituées est mesurée en fonction des meilleures estimations de la direction, compte tenu d'hypothèses reflétant la conjoncture et les lignes de conduite prévues les plus probables, comme suit :

	2010	2009
Taux d'actualisation	4,5 %	5,5 %
Taux de croissance des frais hospitaliers et des frais de médicaments	9 % en 2010 à 5 % en 2018 et par la suite	9 % en 2010 à 5 % en 2013 et par la suite
Taux de croissance des autres frais médicaux	4 % par an	4 % par an

#### 11. Investis en immobilisations

	2010	2009
Immobilisations	97 542 \$	89 397 \$
Montants financés par des apports reportés pour immobilisations	(95 810)	(86 791)
	<u>1 732 \$</u>	<u>2 606 \$</u>

La variation de l'actif net investi dans des immobilisations est présentée ci-dessous:

	2010	2009
Acquisition d'immobilisations	37 329 \$	31 933 \$
Apports reportés pour immobilisations	(37 322)	(28 947)
Amortissement des apports reportés pour immobilisations	28 303	22 520
Amortissement des immobilisations	(28 673)	(22 900)
Cession d'immobilisations	(511)	-
	<u>(874) \$</u>	<u>2 606 \$</u>

#### 12. Produits nets (perte) de placement

Des produits nets de placement de 25 \$ (18 \$ en 2009) provenant des ressources du fonds de dotation sont inclus dans le fonds affecté. Les produits nets de placement affecté comprennent aussi les pertes réalisées et latentes sur les placements de néant (3 400 \$ en 2009).

## Action Cancer Ontario

### Notes complémentaires

au 31 mars 2010  
(en milliers de dollars)

#### 13. Autres produits

	2010	2009
Fonds d'administration générale		
Inforoute Santé du Canada (remboursement)	(1 856)\$	1 938\$
Partenariat canadien contre le cancer	2 572	867
Recouvrement de salaires	888	1 640
cyberSanté Ontario	3 557	-
Divers	2 619	3 574
	<u>7 780\$</u>	<u>8 019\$</u>
Fonds affecté		
Subventions	10 640\$	10 333\$
Dons	307	225
	<u>10 947\$</u>	<u>10 558\$</u>

#### 14. Système d'information sur les temps d'attente

Sous la direction du MSSLD, les services de l'organisme ont été retenus pour élaborer et mettre en œuvre une stratégie d'information sur les temps d'attente en Ontario (la « stratégie »), notamment pour obtenir des données sur les temps d'attente pour certains services de soins de santé importants dans des hôpitaux participants de l'Ontario. L'organisme est responsable de la gestion du système d'information sur les temps d'attente, une composante informatique de la stratégie.

Le MSSLD a financé en partie la stratégie. Les frais liés à la stratégie s'élèvent à 31 160 \$ (31 455 \$ en 2009) et sont comptabilisés dans divers postes à l'état des résultats. Le total des charges liées à la stratégie depuis sa création au cours de l'exercice 2005-2006 s'établit à 155 973 \$. Le total du financement accordé à la stratégie depuis sa création s'élève à 179 888 \$.

Les services de consultation comprennent une somme de 14 043 \$ (18 085 \$ en 2009) liée à la stratégie.

## Action Cancer Ontario

### Notes complémentaires

au 31 mars 2010  
(en milliers de dollars)

#### 15. Autres charges de fonctionnement

	2010	2009
Fonds affecté		
Matériel	531 \$	679 \$
Charges générales de bureau	506	211
Déplacements	249	246
Formation et publications	217	311
Autres charges	135	114
	<u>1 638 \$</u>	<u>1 561 \$</u>
Fonds d'administration générale		
Matériel	4 576 \$	7 637 \$
Charges générales de bureau	1 717	1 562
Formation et publications	1 555	1 378
Services aux patients	800	800
Déplacements	778	1 140
Autres charges	341	1 328
	<u>9 767 \$</u>	<u>13 845 \$</u>

#### 16. Virements interfonds

	2010	2009
Virement du fonds affecté au fonds d'administration générale	<u>688 \$</u>	<u>108 \$</u>

Les virements du fonds affecté au fonds d'administration générale résultent du retrait des affectations d'origine interne.

#### 17. Engagements

- a) L'organisme loue des locaux, du matériel informatique et du matériel de bureau. Les paiements futurs exigibles aux termes des baux sont estimés comme suit pour l'exercice terminé le 31 mars :

2011	3 960 \$
2012	3 131
2013	1 375
2014	27
2015 et par la suite	-
	<u>8 493 \$</u>

- b) L'organisme a conclu des engagements d'environ 9 614 \$ (15 372 \$ en 2009) pour l'acquisition de matériel.

---

## **Action Cancer Ontario**

### **Notes complémentaires**

au 31 mars 2010  
(en milliers de dollars)

---

#### **18. Éventualité**

L'organisme est membre du Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (« HIROC »), régime d'autoassurance créé par les hôpitaux et d'autres organismes. Si le total des primes payées ne suffit pas à régler les sinistres, l'organisme sera tenu de fournir des fonds supplémentaires à titre de participant au régime.

Depuis sa création, le HIROC a accumulé un excédent non affecté qui représente le total des primes payées par tous les assurés cotisants, majoré des produits de placement et diminué de l'obligation au titre des réserves pour sinistres restant à régler, des charges et des charges de fonctionnement. Chaque assuré cotisant dont le montant des primes, majoré des revenus de placement, dépasse celui de l'obligation au titre de sa quote-part des réserves pour sinistres restant à régler, des charges et des charges de fonctionnement, peut avoir le droit de recevoir des distributions sur sa quote-part de l'excédent non affecté au moment où ces distributions sont déclarées par le conseil d'administration du HIROC. Aucune distribution à recevoir du HIROC n'a été comptabilisée au 31 mars 2010.

---

#### **19. Instruments financiers**

La valeur comptable de la trésorerie et des équivalents de trésorerie, des débiteurs et des créditeurs et charges à payer se rapproche de leur juste valeur étant donné qu'il s'agit d'instruments à court terme.

La juste valeur des placements à long terme est indiquée à la note 5. Les placements à long terme sont composés de certificats de placement garantis assortis d'un taux d'intérêt fixe, qui, de l'avis de la direction, correspond au cours du marché.

---

#### **20. Garanties**

##### **a) Indemnisation des administrateurs et dirigeants**

Les règlements administratifs de l'organisme prévoient l'indemnisation des administrateurs et dirigeants, des anciens administrateurs et dirigeants et des autres personnes qui ont siégé à des comités du conseil, pour les frais qu'ils pourraient engager en rapport avec des poursuites découlant de leurs services, et pour tous les autres frais qu'ils pourraient avoir engagés dans le cadre de leurs fonctions. Cette indemnisation ne s'applique pas lorsque les frais résultent d'une malhonnêteté, d'une négligence volontaire ou d'une faute de leur part.

La nature de cette indemnisation ne permet pas à l'organisme d'estimer au prix d'un effort raisonnable le maximum qu'il pourrait être tenu de verser à des contreparties. Pour pallier à des versements éventuels, l'organisme a souscrit auprès de HIROC une assurance responsabilité maximale pour ses administrateurs et dirigeants. L'organisme n'a pas versé de sommes importantes au titre de ces indemnisations et aucun montant ne figure dans les états financiers ci-joints au titre de cette éventualité.

---

## **Action Cancer Ontario**

### **Notes complémentaires**

au 31 mars 2010  
(en milliers de dollars)

---

#### **21. Garanties (suite)**

##### **b) Autres conventions d'indemnisation**

Dans le cours normal de ses activités, l'organisme conclut des accords prévoyant l'indemnisation de tiers, y compris, sans restriction : indemnisation du propriétaire des locaux loués par l'organisme; indemnisation du ministère de la Santé et des Soins de longue durée en cas de poursuites fondées sur les actions ou omissions des groupes représentant les médecins, radiologistes et gynécologues et oncologues selon certaines modalités de financement; et indemnisation des hôpitaux d'accueil appliquant des programmes intégrés de cancérologie en cas de poursuites, de dommages-intérêts et de frais résultant de tout manquement de l'organisme à ses obligations aux termes de l'entente d'intégration des programmes de lutte contre le cancer et des documents connexes.

Les modalités de ces indemnisations varient selon l'accord sous-jacent, mais s'appliquent normalement pendant toute la durée de celui-ci. Le plus souvent, le contrat ne prévoit aucun plafond d'indemnisation, ce qui empêche l'organisme d'estimer de façon raisonnable son risque éventuel maximal. L'organisme n'a pas versé de sommes importantes au titre de ces indemnisations et aucun montant ne figure dans les états financiers ci-joints au titre de cette éventualité.

---

#### **22. Chiffres comparatifs**

Certains chiffres comparatifs ont été reclassés afin d'être conformes à la présentation des états financiers adoptée pour l'exercice considéré.

## ANNEXES

### CONSEIL D'ADMINISTRATION

**Neil Stuart**, président du conseil  
(du 1<sup>er</sup> juin 2010 au 31 mai 2013)

**Richard Ling**, président du conseil  
(du 13 déc. 2006 au 12 déc. 2009)

**Ratan Ralliarum**, vice-président du conseil  
(du 15 nov. 2006 au 14 nov. 2012)  
président du conseil par intérim  
(du 13 déc. 2009 au 31 mai 2010)

**Peter Crossgrove**  
(président du conseil émérite)

**Kevin Conley**  
(du 27 juin 2007 au 26 juin 2011)

**Michael Cooper**  
(du 12 août 2009 au 11 août 2012)

**Malcolm H. Heins**  
(du 25 fév. 2009 au 24 fév. 2012)

**Darren Johnson**  
(du 20 juin 2007 au 19 juin 2010)

**Shoba Khetrpal**  
(du 21 déc. 2006 au 20 déc. 2012)

**Patricia Lang**  
(du 20 juin 2007 au 19 juin 2011)

**Dre Wendy Levinson**  
(du 13 fév. 2008 au 12 fév. 2011)

**Roland Montpellier**  
(du 1<sup>er</sup> déc. 2004 au 30 nov. 2010)

**Stephen Roche**  
(du 20 septembre 2006 au 30 juin 2012)

**Dr Walter Rosser**  
(du 27 juin 2007 au 26 juin 2011)

**Betty-Lou Souter**  
(du 20 juin 2007 au 19 juin 2013)

**Dr Mamdouh Shoukri**  
(du 24 sept. 2008 au 23 sept. 2011)

### DIRECTION SUPÉRIEURE

**Terrence Sullivan, Ph. D.**  
Président et chef de la direction

**Helen Angus**,  
Vice-présidente (A), prévention et dépistage,  
vice-présidente, Réseau rénal de l'Ontario, ACO

**John McLaughlin, Ph. D.**  
Vice-président, Études et surveillance démographiques

**Dr George Pasut**  
Vice-président, prévention et dépistage (jusqu'au  
31 mars 2010)

**Rick Skinner**,  
Vice-président, responsable des technologies de  
l'information

**Dr Joe Pater**,  
Vice-président, Recherche clinique et translationnelle

**Elham Roushani**,  
Vice-président, Finances et ressources humaines,  
directeur financier (DF)

**Pamela Spencer**,  
Vice-présidente, services d'entreprise, conseillère  
juridique, directrice de protection de la vie privée

**Dre Carol Sawka**  
Vice-présidente, Programmes cliniques et  
initiatives qualitatives

**Michael Sherar, Ph.D.**  
Vice-président, Programmes de planification  
et régionaux

**Mitchell Toker**,  
Vice-président, Affaires publiques

### DIRECTION CLINIQUE

**Dr Julian Dobranowski**,  
Chef de programme, Programme d'imagerie oncologique

**Dre Deborah Dudgeon**,  
Chef provincial, Programme de soins palliatifs

**Audrey Friedman**,  
Chef provincial, Education des patients

**Esther Green**,  
Chef provincial, Soins infirmiers et  
oncologie psychosociale

**Dr Jonathan Irish,**  
Chef provincial, Programme de chirurgie oncologique

**Dr Leonard Kaizer,**  
Chef provincial, Programme de traitement général

**Dr John Srigley,**  
Chef provincial, Programme de pathologie et de laboratoire médical

**Dr Padraig Warde,**  
Chef provincial, Programme de radiothérapie

#### **DIRECTION PROVINCIALE**

**Lynn Chappell,**  
Vice-présidente régionale par intérim, Erie St. Clair

**Dr Louis Balogh,**  
Vice-président régional (A), Centre

**Brenda Carter,**  
Vice-présidente régionale (A), Sud-Est

**Dr Peter Dixon,**  
Vice-président régional, Centre-Est

**Paula Doering,**  
Vice-présidente régionale, Champlain

**Dr Bill Evans,**  
Vice-président régional, Hamilton Niagara  
Haldimand Brant

**Dr Sheldon Fine**  
Vice-président régional de Peel Regional Cancer Centre,  
Centre-Ouest et Mississauga Halton

**Dre Mary Gospodarowicz,**  
Vice-présidente régionale, Centre Toronto

**Garth Matheson,**  
Vice-président régional, North Simcoe Muskoka

**Dr Craig McFadyen,**  
Vice-président régional, Waterloo Wellington

**Brian Orr,**  
Vice-président régional, Sud-Ouest

**Mark Hartman,**  
Vice-président régional par intérim, Nord-Est

**Michael Power,**  
Vice-président régional, Nord-Ouest

**Dre Linda Rabeneck**  
Vice-présidente régionale, Centre Toronto

#### **DIRECTION ORN**

**Treva McCumber,**  
Chef exécutif, Programmes MRC, Réseau rénal de l'Ontario

**Dre Judith Miller,**  
Directrice clinique provinciale, Réseau rénal de l'Ontario

#### **DIRECTIVES PUBLIÉES PAR LE MINISTÈRE**

Les directives suivantes s'appliquent intégralement, en partie ou en conjonction avec les politiques d'entreprise de l'ACO.

- Directive de gestion de l'information enregistrée en date de juin 1992
- Directive d'approvisionnement en date de juillet 2009
- Directive d'approvisionnement de services de publicité, de relations publiques et médias et de communications créatives en date du 17 juin 2006.
- Directive de l'identité visuelle en date de février 2006, modifiée le 9 décembre 2009.
- Directive de gestion des liquidités en date d'août 2004.
- Directive de gestion, de distribution et de fixation des prix du gouvernement (propriété intellectuelle) en date d'août 1998.
- Directive de responsabilisation en date du 30 septembre 1997.
- Directive de contenu en publicité en date de juin 2006.
- Directive de création et de responsabilisation de l'agence en date de février 2000, modifiée le 26 janvier 2010.
- Directive des personnes nommées par le gouvernement en date du 1<sup>er</sup> septembre 2006.
- Directive concernant les déplacements, les repas et l'hébergement – 20 décembre 2006 – modifiée le 1<sup>er</sup> avril 2010.
- Directive de responsabilisation des transferts de paiement – 31 août 2007.
- Directive de vérification interne en date du 28 novembre 2002
- Directive de divulgation d'actes préjudiciables (personnes nommées et agences) – juin 2008
- Directive de planification commerciale et d'allocations – avril 2000
- Directive de gestion des dépenses en date d'avril 2000.
- Politiques financières d'entreprise (ministère des Finances)

Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires, veuillez communiquer avec les Relations publiques [publicaffairs@cancercare.on.ca](mailto:publicaffairs@cancercare.on.ca) ou appelez le 416-971-9800.